

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**MICHELLE GARCIA DE ALCANTARA RIBOND**

**O PROCESSO DE TRABALHO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE:  
dilemas entre o trabalho prescrito e o trabalho real**

**VITÓRIA  
2014**

MICHELLE GARCIA DE ALCÂNTARA RIBOND

**O PROCESSO DE TRABALHO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE:  
dilemas entre o trabalho prescrito e o trabalho real**

Dissertação apresentada Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, na área de concentração Políticas e Gestão em Saúde.

Orientadora:

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maristela Dalbello-Araujo

VITÓRIA  
2014

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)  
(Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

---

R486p Ribond, Michelle Garcia de Alcântara, 1982-  
O Processo de Trabalho dos Agentes Comunitários de  
Saúde: dilemasentre o trabalho prescrito e o trabalho  
real/Michelle Garcia de Alcântara Ribond. – 2014.  
133 f. : il.

Orientador:Maristela Dalbello-Araujo.

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade  
Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde.

1.Sistema Único de Saúde. 2. Estratégia Saúde da Família.  
3. Agentes Comunitários de Saúde. 4. Pesquisa Qualitativa.  
I. Dalbello-Araujo, Maristela. II. Universidade Federal do Espírito  
Santo. Centro de Ciências da Saúde. III. Título.

CDU: 614

---

MICHELLE GARCIA DE ALCANTARA RIBOND

**O PROCESSO DE TRABALHO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE:  
dilemas entre o trabalho prescrito e o trabalho real**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva na área de concentração Políticas e Gestão em Saúde.

**COMISSÃO EXAMINADORA**

---

Profª Drª. Maristela Dalbello-Araujo - **Orientadora**  
Universidade Federal do Espírito Santo

---

Profº. Drº. Aduino Emmerich Oliveira  
Universidade Federal do Espírito Santo  
**1º examinador interno**

---

Profª Drª Maria Cristina Ramos  
Universidade Federal do Espírito Santo  
**1º examinador externo**

---

Profª. Drª. Francis Sodré  
Universidade Federal do Espírito Santo  
**2º examinador interno**

---

Profº DrºThiago Drumond Moraes  
Universidade Federal do Espírito Santo  
**2º examinador externo**

À minha querida avó Amadona Vieira de  
Alcântara (in memoriam),  
presente de Deus na minha vida.

## **AGRADECIMENTOS**

Concluir uma dissertação é uma jornada difícil na qual muitas vezes nos encontramos só em nossos pensamentos refletindo qual o melhor caminho a ser seguido. O gostoso dessa jornada é que nessa trajetória de um pouco mais de dois anos nos deparamos com pessoas, grupos e movimentos que reanimam nosso viver, aguçam nosso olhar, aumentam nossa crítica mais principalmente nunca deixam a gente esquecer nossas origens e principalmente porque estamos aqui nesta academia.

Então agradeço a todos meus familiares, meus pais Antônio César e Margarida, meu esposo e amor da minha vida Fábio, amigos maravilhosos como Alex, Jeanine, Karol, Dayanna, Thaisa, Marina e Braunea que em todos os momentos me motivaram e me animaram a persistir, mais principalmente nunca desistir dos meus sonhos.

À minha primeira orientadora Gladys, que me escolheu e aceitou o desafio de dissertar sobre a educação profissional dos Agentes Comunitários de Saúde e a minha orientadora subsequente Maristela que me acolheu num momento delicado do Programa e aceitou minha orientação sem titubear, após alguns ajustes da pesquisa obviamente, incluindo aí o tema, mais sempre acreditando no meu potencial e ainda me presenteou com uma co-orientadora maravilhosa, a Kallen.

Ao meu grupo de pesquisa GEMTES por todas nossas discussões, amizades, sugestões e debates calorosos, obrigada por vocês serem assim tão “GEMTES”, Alexandra, Edgar, Júlia, Prof<sup>a</sup> Francis, Daniele, Denilda, Wellington, Rafa, Luana, Sara, Túlio, Juliane, Kátia, Gilza, Alana, Bruna, Elizângela, Tarcila, Isabel, Bella e Fernadinha, terei vocês em meu coração por toda minha vida.

Aos meus professores do estágio docente Edson e Lucienne que me ajudaram a entender que ensinar é aprender todos os dias algo mais.

Aos professores do PPGSC, a minha turma de mestrado 2012 pelos maravilhosos momentos que passamos juntos, aos funcionários da UFES pela permanente colaboração, Cinara por lembrar sempre os mestrandos todos os prazos e Néia pelos infinitos cafezinhos.

As Agentes Comunitárias de Saúde do município de Cariacica que prontamente participaram da pesquisa cederam suas casas, almoços, tempo e paciência. Fizeram de tudo para que eu pudesse me sentir muito confortável nas observações em campo. Vocês são muito preciosas, transmitem muita paz, muito obrigada, sem vocês esta pesquisa não seria possível.

A minha equipe de trabalho do Hemocentro Regional de São Mateus, muito obrigada pela força, serenidade, apoio, compreensão enfim vocês são mil!

À Secretaria Municipal de Saúde de Cariacica e por fim, mais em primeiro lugar a Deus, pois sem ele nada disso seria possível.

“A saúde se faz nos gestos, nos olhares, na  
felicidade e na promoção da autonomia.  
(BUCHABQUI, CAPP, PETUCO, 2006, p.31)



## RESUMO

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) atua nas equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) desenvolvendo várias atividades como o cadastramento das famílias, construção do diagnóstico local, mapeamento do território de saúde, identificação de microáreas de risco, realizando visitas domiciliares, ações coletivas e intersetoriais de educação em saúde. Esta atuação singular faz com que o trabalho do ACS diferencie-se dos demais trabalhadores da área da saúde. Partindo desta premissa analisamos o processo de trabalho dos ACS de duas equipes de ESF do município de Cariacica-ES, visando perceber as diferenças entre o trabalho prescrito e o trabalho real desenvolvido no cotidiano da ESF. Trata-se de estudo descritivo com abordagem qualitativa e postura etnográfica para a coleta dos dados através das técnicas de observação sistemática e pesquisa documental. Teve como resultados a descrição do trabalho real através dos dados registrados em um diário de campo e a descrição do trabalho prescrito através dos 27 documentos encontrados. A pesquisa ressalta que dificilmente os ACS conseguirão realizar todas as atividades prescritas em vista da quantidade de normas, manuais técnicos, livros, etc., que orientam seu trabalho, pois ainda não temos um contexto de educação permanente ou continuada que facilite a compreensão de todos estes conteúdos. Não significando, porém, que o trabalho das ACS não está sendo bem realizado de acordo com a proposta da Atenção Básica. Temos o contrário, mesmo não “dando conta” de tantas prescrições, estas profissionais com criatividade, bom senso, afeto, vínculo comunitário e desejo de transformar a realidade em que vivem, conseguem ir “além das prescrições” construindo toda uma forma de “ser e trabalhar” como agente comunitário de saúde que não está descrito em normas e manuais, mais está no reflexo de uma atenção humanizada, focada na família e na realidade daquele território.

Palavras-Chave: Sistema Único de Saúde. Estratégia Saúde da Família. Agentes Comunitários de Saúde. Trabalho. Pesquisa Qualitativa.

## **ABSTRACT**

The CHA operates in groups of FHS developing various activities, such as registration of families, construction site diagnosis, mapping the territory of health, identification small risk areas, conduct home visits and collective and intersectoral actions in health education. This singular action makes the CHA's job different from other workers in the health field. We analyzed the CHA's working process of two teams FHS of Cariacica - ES, aiming to understand the differences between the prescribed work and the actual work in FHS's daily. This is a descriptive study with qualitative and ethnographic approach to data collection through the techniques of systematic observation and documentary research. We collected the description of the actual work through the data recorded in a field diary, and the job description prescribed by the 27 documents found. The research highlights the CHA are not able to perform all prescribed activities, because of the amount of standards, technical manuals, books, etc, that guide their work, in reason that they still not have a permanent or continuing education to facilitate the understanding of all such materials. However, this situation is not meaning that the work of the CHA is not being well done in accordance with the proposal of Primary Care. Although these professionals can't do all of prescribed work, they can go beyond the requirements with creativity, good sense, affection, community liaison and desire to transform the reality they live in, building their own way of "being and work" as a community health agent, that is not described in standards and manuals, but it is the reflection of a humanized care, focused in the family and reality of that territory.

Keywords: Unifield Health System. Family Helth Strategy. Community Health Workers. Work. Qualitative Research.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Perfil das ACS das equipes Jardim e Floresta .....	51
Tabela 2 - Dados populacionais das microáreas pesquisadas .....	52
Tabela 3 - Perfil de atendimentos realizados pelas ACS da equipe Jardins .....	53
Tabela 4 - Perfil de atendimentos realizados pelas ACS da equipe Floresta .....	54
Tabela 5 - Legislações norteadoras do processo de trabalho do ACS .....	70
Tabela 6 - Materiais educativos e informativos direcionado ao trabalho do ACS .....	71
Tabela 7 - Definição do papel do ACS nas Normas e Manuais Técnicos do Ministério da Saúde .....	72

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>15</b>
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>20</b>
2.1 O PROCESSO DE TRABALHO .....	20
2.2 TRABALHO PRESCRITO .....	22
2.3 TRABALHO REAL .....	24
2.4 O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE .....	26
2.5. O PROCESSO DE TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE.....	30
<b>2.5.1 A origem política e econômica do trabalho do ACS no mundo .....</b>	<b>30</b>
<b>2.5.2 O surgimento da profissão de ACS no Brasil .....</b>	<b>31</b>
<b>2.5.3 O trabalho do Agente Comunitário de Saúde .....</b>	<b>38</b>
<b>3 OBJETIVOS .....</b>	<b>44</b>
3.1 OBJETIVO GERAL .....	44
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	44
<b>4 MÉTODOS.....</b>	<b>45</b>
4.1 CENÁRIO DE PESQUISA .....	45
<b>4.1.1 O cenário da Atenção Básica no município de Cariacica .....</b>	<b>45</b>
4.2 TIPO DE ESTUDO .....	47
4.3 SUJEITOS DO ESTUDO .....	49
4.4 COLETA DE DADOS .....	53
<b>4.4.1 Observação .....</b>	<b>54</b>
<b>4.4.2 Pesquisa Documental .....</b>	<b>55</b>
4.5 ANÁLISE DOS DADOS .....	55
4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS .....	56
<b>5 RESULTADOS.....</b>	<b>57</b>
5.1 O TRABALHO REAL DOS ACS: O DILEMA .....	57

5.2 O TRABALHO PRESCRITO DOS ACS: A FICÇÃO .....	69
<b>6 DISCUSSÃO.....</b>	<b>72</b>
<b>7 TECENDO POSSÍVEIS CONCLUSÕES.....</b>	<b>97</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>99</b>
<b>APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....</b>	<b>110</b>
<b>APÊNDICE B - Roteiro de observação .....</b>	<b>111</b>
<b>APÊNDICE C –Trabalho prescrito: prescrições do trabalho do ACS .....</b>	<b>112</b>
<b>ANEXO A – Mapa das regiões de saúde do município de Cariacica .....</b>	<b>129</b>
<b>ANEXO B – Termo de autorização para a pesquisa .....</b>	<b>130</b>
<b>ANEXO C – Carta de aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa .....</b>	<b>131</b>

## APRESENTAÇÃO

Nasci em Vitória-ES, no dia 9 de abril de 1982. A enfermeira Michelle Garcia de Alcântara Ribond nasceu em 2004 quando conclui a graduação em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade Federal do Espírito Santo - UFES.

Recém formada tive que enfrentar o primeiro dilema profissional: atuar como enfermeira nos hospitais da Grande Vitória ou encarar o desafio de ser uma enfermeira nos Programas de Saúde da Família - PSF que estavam iniciando sua implantação em diversos municípios do Estado.

Militante do Sistema Único de Saúde (SUS) desde a graduação, obviamente preferi a segunda opção e foi em 2005 que iniciei minha trajetória como enfermeira da família no município de Jaguaré – ES. Tratava-se de um Programa de zona rural, com poucos meses de implantação e a população não entendia muito bem nosso trabalho. Eles queriam o modelo tradicional de atendimento... Foi muito difícil, e mais difícil ainda coordenar o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde – ACS, intermediando a lógica assistencial do PSF com a lógica assistencial da realidade daquele município.

Os ACS sempre arrumavam solução para resolver os problemas assistenciais da população, ora reafirmando o PSF, ora contradizendo-o, mas sempre buscando a resolubilidade do Programa, mesmo que para isto fosse necessário utilizar meios não tradicionais institucionalizados.

Foi através da minha primeira experiência como enfermeira da família que comecei a admirar o trabalho do ACS e perceber como o trabalho deles é ímpar na Atenção Básica. Os ACS olham para o povo como parte deles, tornando-se fácil traduzir a lógica assistencial do PSF para sua comunidade.

Em 2006, trabalhei como enfermeira no Programa de Saúde Indígena (PSI) no município de Prado – BA e descobri uma nova modalidade de ACS: o Agente Comunitário de Saúde Indígena. Atendíamos sete aldeias da região, cada uma com suas peculiaridades culturais. Não tínhamos uma Unidade de Saúde fixa em cada

aldeia, então os agentes organizavam nossos atendimentos nas ocas dos Pajés, em outros momentos, visitávamos todas as famílias da aldeia.

As crianças vinham com o corpo pintado, e um dia, eu perguntei o que significava aquela pintura. O agente me respondeu: - “Quando vocês cuidam das crianças, elas vem pintadas para uma festa demonstrando como estão felizes por terem vocês aqui, cada pintura tem seu significado”. Aquilo me marcou, e trouxe uma dimensão da importância da Atenção Básica chegando a locais inimagináveis antes da implantação do PSI.

Quando eu pensei que poderia aprender a falar o idioma dos Pataxós, retornei para a Grande Vitória e no mesmo ano assumindo a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) no município de Cariacica - ES no qual atuei até 2011 como enfermeira da família. Nesta ocasião também militei pelo SUS através do HUMANIZASUS, Curso de Formação dos Agentes Comunitários de Saúde, Curso de Formação de Gestores, Plano Diretor da Atenção Primária a Saúde e diversas comissões municipais, paralelas ao trabalho na ESF.

A inquietação em relação ao trabalho dos ACS foi manifestada através dos cursos de especialização. Em 2008, na Especialização em Saúde Coletiva (UFES) trabalhei sobre o Curso de Formação Inicial dos ACS no qual fui facilitadora por três anos na Escola Técnica do SUS (ETSUS). Em 2010, na especialização em Enfermagem do Trabalho estudei os acidentes de trabalho que acometem os ACS.

Ingressando no Mestrado em Saúde Coletiva em 2012, tive a oportunidade de pesquisar o processo de trabalho dos ACS, ou seja, como eles transformam o trabalho prescrito pela ESF, cheio de normas, regras e técnicas, num trabalho real, humano e acessível a toda população.

O desafio profissional tornou-se um desafio acadêmico. Neste sentido, a Enfermeira da Família torna-se também pesquisadora.

## 1 INTRODUÇÃO

O Sistema de Saúde brasileiro vivencia há duas décadas o processo de transformação e substituição de um modelo de atenção à saúde fundamentado no modelo biomédico, que possui como características o mecanicismo, biologismo, individualismo, especialização, exclusão das práticas alternativas, tecnificação do ato médico, ênfase na medicina curativa e concentração de recursos (CORBO; MOROSINI; PONTES, 2007).

O modelo biomédico configurou-se como um modelo em crise a partir da década de 1970, pois o que se observava eram profundas desigualdades das condições de saúde da população e na oferta dos serviços. Também caracterizam este modelo o custo crescente da prestação de serviços com baixa resolubilidade, com excessiva especialização dos profissionais e serviço, um uso acrítico da tecnologia, a perda da dimensão cuidadora e relacional das práticas de saúde e a crescente caracterização da saúde como um produto de mercado (CORBO; MOROSINI; PONTES, 2007).

No sentido de apresentar uma nova estratégia para atenção à saúde e romper com as concepções do modelo biomédico, a Organização Mundial da Saúde - OMS em 1978 propôs um novo conceito, o da Atenção Primária à Saúde (APS), que é definido como:

A atenção essencial à saúde, baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, num espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (World Health Organization, 1978 apud STARFIELD, 2002, p. 30).

Segundo Corbo, Morosini e Pontes (2007), o modelo de APS possui interpretações diferenciadas. Por vezes é concebido como um programa focalizado para populações empobrecidas, com baixa incorporação tecnológica, utilização de uma força de



trabalho pouco qualificada e com pouca efetividade na resolução dos problemas de saúde das populações, tendo em vista a necessidade de redução de custos e da reforma do Estado. Porém, também tem a concepção de APS como um modelo de organização do sistema de saúde que se estrutura e se operacionaliza de forma a procurar atender às necessidades da população, articulando-se com os outros níveis do sistema.

No âmbito do SUS, a denominação adotada para o modelo de atenção à saúde que incorpora a abordagem da APS é Atenção Básica. De acordo com Corbo, Morosini e Pontes (2007), esta designação essencialmente brasileira, foi formulada com o intuito de construir uma identidade institucional própria, capaz de estabelecer uma ruptura com uma concepção redutora desse nível de atenção (BRASIL, 2003a).

Neste sentido o Ministério da Saúde define Atenção Básica como:

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos (BRASIL, 2012a, p. 19).

A Atenção Básica no Brasil tem sido implementada com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo das pessoas. Neste sentido, é o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2012a).

Na tentativa de reorganizar o modelo de atenção à saúde no Brasil, o Ministério da Saúde implantou em 1991, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Trata-se de uma iniciativa visando a reformulação do SUS com o compromisso de melhorar a capacidade da população cuidar de sua saúde por intermédio do trabalho do ACS. Em 1994, foi implantado o Programa Saúde da Família (PSF), contemplando a incorporação de recursos humanos e tecnológicos à proposta anterior para expressar o acesso da comunidade aos serviços de saúde, principalmente às ações diretas dos profissionais de saúde às famílias. Neste sentido o PSF apresenta maior grau de resolubilidade às demandas em saúde do que o PACS. A partir de 1996, o PSF passou a ser designado como Estratégia de Saúde da Família (ESF), reorientando e consolidando a APS e o SUS no Brasil (SILVA; DALMASO, 2002a; CORBO; MOROSINI; PONTES, 2007).

Na atualidade a Política Nacional de Atenção Básica, coloca a ESF em uma posição estratégica para a reorganização da Atenção Básica no País, de acordo com os preceitos do SUS. A ESF é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais, representados respectivamente pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho dos profissionais de saúde. Demonstrando maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da Atenção Básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade do Sistema (BRASIL, 2012a).

De acordo com Merhy et al. (2006), o PSF nasce com o propósito de superação de um modelo de assistência à saúde que é responsável pela insatisfação da população, desqualificação dos profissionais, e iniquidades. Neste sentido a assistência à saúde tal como é praticada hoje é marcada pelo serviço de natureza hospitalar, focalizada nos atendimentos médicos, voltando-se prioritariamente para ações curativas. O PSF é a principal resposta que tem sido oferecida pelos órgãos governamentais à crise do sistema assistencial no Brasil (BRASIL, 2012a).

De acordo com Cohn (2009), o Governo Federal teve que enfrentar o desafio de implantar um modelo substitutivo ao modelo hegemônico, a partir da constatação de que na maioria dos municípios, a organização e o funcionamento da rede de serviços públicos de saúde não davam conta das necessidades de acesso e tampouco de qualidade exigidas para enfrentar os velhos e novos problemas de saúde da população.

O enfoque da ESF são as pessoas, a comunidade e a atuação multiprofissional com o intuito de reverter o quadro de saúde existente e propiciar maior acesso da população aos serviços de saúde. Cohn (2009) relata que esta nova forma de atenção está baseada nos princípios da saúde da família, nos conceitos de risco social e epidemiológico, na noção de território, no fortalecimento dos vínculos entre a população usuária e os serviços, na desburocratização, na equidade, na racionalização do acesso aos cuidados, na transformação dos processos de trabalho e nas práticas dos profissionais de saúde, no desenvolvimento de ações intersetoriais e de promoção da saúde e na introdução de sistemas de avaliação e monitoramento das ações.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica são itens necessários à ESF:

- I - Existência de equipe multiprofissional (equipe de Saúde da Família) composta por, no mínimo, médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ ou técnico em saúde bucal;
- II - O número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe;
- III - Cada equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000, respeitando critérios de equidade para essa definição. Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que, quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe (BRASIL, 2012a, p.55).

O ACS é um profissional construído pelo SUS para atender a proposta de reorganização dos modelos assistenciais de saúde existentes, configurando-se

como peça fundamental para implantação do modelo de Vigilância à Saúde no contexto da municipalização do SUS através das equipes de PACS e PSF (TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998; SILVA; DALMASO, 2002a).

Para atender esta proposta o ACS teve sua profissão regulamentada inicialmente através do Decreto de lei nº 3.189, de 4 de outubro de 1999, que fixa as diretrizes para o exercício das atividades do ACS, posteriormente, foi criada a Lei nº10. 507, de 10 de julho de 2002, que regulariza a profissão do agente comunitário de saúde. No entanto, esta lei foi revogada e substituída pela Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, que regulamenta a profissão de ACS tornando-os profissionais exclusivos no âmbito do SUS (BRASIL, 1999; BRASIL, 2002b; BRASIL, 2006b).

O ACS atua nas equipes de ESF e PACS desenvolvendo várias atividades como o cadastramento das famílias, construção do diagnóstico local, mapeamento do território de saúde, identificação de microáreas de risco, realização de visitas domiciliares, ações coletivas e intersetoriais de educação em saúde. Esta atuação singular faz com que o trabalho do ACS diferencie-se dos demais trabalhadores da área da saúde. Sua atuação envolve questões de saúde/doença, educação/informação, prevenção/assistência, bem como contato direto e constante com a população (SOUZA; FREITAS, 2011; BRASIL, 2006a, BRASIL, 2012a).

De acordo com Chiesa e Fracolli (2004), a maior contribuição do ACS dentro desse novo modelo de orientação a saúde é o desenvolvimento do componente social e coletivo de suas atribuições, por meio do fortalecimento da ação comunitária, da ampliação do vínculo entre a população atendida e da potencialização do trabalho intersetorial. Também é verificado no exercício da sua função relações de troca estabelecidas entre os saberes populares de saúde e os saberes médicos científicos, ocupando uma posição mediadora entre a comunidade e a equipe de saúde (FERREIRA et al., 2009).

Analisar o processo de trabalho dos ACS é necessário para que possamos entender como as atividades destes profissionais estão acontecendo nas equipes de ESF, permitindo-nos refletir sobre a prática profissional desses sujeitos.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 O PROCESSO DE TRABALHO

No início do século XIX, Hegel (1982) sustentou a tese de que o trabalho funciona como elemento mediador na relação entre homem e natureza fornecendo o suporte para a formação de uma consciência no homem. Em outras palavras, é através do trabalho que o homem é capaz de decodificar a natureza de modo a aproveitá-la instrumentalmente. O trabalho, portanto, funciona como uma ação intencional, consciente e reflexiva, capaz de libertar o homem da tirania da natureza.(CARDOSO, 2011).

Como processo de exteriorização do sujeito, o trabalho caracteriza-se, concomitantemente, como *separação* e  *fusão*, negação e negação da negação. De um lado, o homem afirma-se ontologicamente por sua capacidade de recusa (separação, negação). De outro, ele atinge a plena e inteira satisfação na sua condição de trabalhador, uma vez que, pelo resultado de seu labor e pelas interações que este último promove, constrói um universo comum que unifica as coisas e os homens [...] (CARDOSO, 2011, p.267, grifo do autor).

Nos estudos de Marx (1994), entende-se que por meio do processo de trabalho, a atividade do homem opera uma transformação no objeto sobre o qual atua por meio de instrumentos de trabalho para a produção de produtos, e essa transformação está subordinada a um determinado fim. Existem três elementos componentes do processo de trabalho: a atividade adequada a um fim, que é o próprio trabalho; o objeto de trabalho, que é a matéria a que se aplica o trabalho; e os instrumentos ou meios do trabalho (MARX, 1994; PEDUZZI; SCHRAIBER, 2008).

Podemos conceituar processo de trabalho como o modo que realizamos o trabalho, qualquer que seja. Também pode ser dito de outra forma, como por Faria et al. (2009), que diz que o trabalho, em geral, é o conjunto de procedimentos pelos quais os homens por intermédio dos meios de produção, atuam sobre algum objeto para transformá-los e obterem um determinado produto que pretensamente seja útil.

As finalidades ou objetivos destes processos são projeções de resultados que visam satisfazer necessidades e expectativas dos homens, conforme sua organização

social, em dado momento histórico. Neste sentido o objetivo principal do processo de trabalho é a produção de um objeto ou condição que determine o produto específico de cada processo de trabalho. Entende-se então que os objetos a serem transformados podem ser matérias-primas ou materiais previamente elaborados como também, certos estados ou condições pessoais ou sociais. Já os meios de produção ou instrumentos de trabalho podem ser máquinas, ferramentas e numa visão mais ampla, podem incluir conhecimentos e habilidades. E por fim, para se atingir os fins previamente estabelecidos, ou seja, os produtos, através da transformação de objetos ou condições temos os homens que são os agentes de todos os processos de trabalho (FARIA et al., 2009).

Compreendendo as etapas do processo de trabalho temos a técnica como manipulação ou intervenção manual que produzirá objetos, resultando em produtos, obras exteriores que serão realizadas com o concurso de conhecimentos. Neste sentido o trabalho é composto por atos técnicos e os processos de trabalho valem-se de técnicas. Embora a técnica não recubra todas as questões envolvidas no trabalho, assim como o trabalho não recobre todas as atividades que são técnicas. Existe um campo de discussão sobre as formas de executar a técnica que separa o trabalho prático (o saber popular) do trabalho científico (o saber técnico). De acordo com Schraiber et al. (1999),

Entre a ciência e o trabalho, apontamos o concurso de dois saberes: o saber operante, também denominado tecnológico, que orienta a aplicação da ciência, da perspectiva da racionalidade da ação no trabalho; e o saber prático, em que, na atividade do trabalho, o próprio saber tecnológico se testa e se enriquece. Observemos que a correção prática pode exercer-se sobre a tecnologia (saber tecnológico), mas também sobre o dado científico (SCHRAIBER et al., 1999, p. 228).

Ainda de acordo com Schraiber et al. (1999),

Esta associação atual da técnica com a ciência, evita valorizarmos saberes práticos e artes técnicas diversos da teoria e da técnica científica moderna. Duas operações conceituais podem ser registradas nesse sentido: de um lado, a valorização do âmbito prático para o conhecimento teórico, erudito, sem que contudo este deixe de ser teoria. De outro lado, o esvaziamento da técnica, como forma de sua “valorização” moderna, na direção de um procedimento prático, mera aplicação da ciência ou seu braço mecânico para a ação, desqualificando seu âmbito próprio de produção de conhecimento enquanto ação. Essas concepções nos ocultam a dialética saber-ação e, principalmente, a existência de múltiplos saberes, em

diversas formas de agir técnico, na passagem da ciência para o trabalho (SCHRAIBER et al., 1999, p. 228, grifo do autor).

Na atualidade o trabalho, após a transformação da sociedade ocidental pela revolução industrial e pelo capitalismo, é a mercadoria principal e mecanismo de geração de valor e de alavanca para o processo de acumulação capitalista. Neste sentido o trabalho se impôs como categoria central e fundamental para o entendimento da sociedade capitalista (CARDOSO, 2011).

De acordo com Abramides e Cabral (2003), o processo de trabalho sofreu profundas modificações, na década de 80, nos países de capitalismo avançado, com desdobramentos e inflexões diferenciadas, e a partir da década de 90, nos países industrializados do chamado Terceiro Mundo. As modificações ocorridas pela diferenciação dos processos de trabalho na produção: fordismo, taylorismo e toyotismo, ou acumulação flexível, pressupõem, na ordem do capital, formas diferenciadas de exploração, culminando na acumulação flexível, cujas repercussões profundas de acordo com Antunes (1995, p. 15) “afetam a objetividade e subjetividade da classe-que-vive-do-trabalho, e, portanto, a sua forma de ser”.

A partir do entendimento que o processo de trabalho envolve ações humanas que vão desde o campo da objetividade de uma tarefa à subjetividade de suas interpretações, torna-se necessário conhecer as diferenças entre trabalho prescrito e trabalho real.

## 2.2 TRABALHO PRESCRITO

Daniellou, Laville e Teiger (1989) definem trabalho prescrito como o trabalho que deve ser executado, considerando os modos de utilização de ferramentas e máquinas, o tempo concedido para cada operação, os modos de operação e as regras a serem respeitadas. Os autores concluem que o trabalho prescrito nunca corresponde exatamente ao trabalho real, que é o trabalho executado pelo trabalhador.

O trabalho prescrito formalizou-se de modo incipiente no século XIX, no interior do capitalismo emergente, mas assumiu feição mais acabada no decorrer do século XX que teve um cenário histórico de busca do controle capitalista sobre o trabalho dos operários produzindo um debate amplo sobre os modelos de organização do trabalho. Em contrapartida, esses modelos combinam uma dimensão filosófica implícita, relacionada a uma concepção de homem, e a uma dimensão pragmática explícita, definindo o lugar e papel do sujeito na cadeia produtiva. Através destes pressupostos construiu-se um debate que gerou diversos insumos e originou diferentes escolas de administração e que também contribuíram decisivamente para o próprio desenvolvimento do capitalismo (FERREIRA; BARROS, 2003).

O conceito de trabalho prescrito, ou tarefa, refere-se ao que é esperado no âmbito de um processo de trabalho específico, com suas particularidades locais. Neste sentido, o trabalho prescrito está vinculado a regras e objetivos fixados pela organização do trabalho e às condições dadas para executar a tarefa. Pode-se dizer resumidamente que indica aquilo que se deve fazerem um determinado processo de trabalho. Este conceito esteve muito vinculado à concepção taylorista de organização do trabalho, ou seja, é uma tentativa de predição e de controle sem limites do processo de trabalho, levando a uma visão negativa do seu sentido (BRITO, 2008a).

O trabalho prescrito não deve ser reduzido à expressão de dominação do capital, pois tem um papel importante no desenvolvimento das atividades. Sua ausência, ou a não definição clara dos objetivos, de instruções e de determinados instrumentos de trabalho, compromete significativamente o desenvolvimento das atividades e a saúde do trabalhador. Logo, o fundamental é discutir: qual prescrição é pertinente? (BRITO, 2008a, p. 442).

Brito (2008a) caracteriza o trabalho prescrito pelos seguintes elementos: os objetivos a serem atingidos e os resultados a serem obtidos, em termos de produtividade, qualidade, prazo; os métodos e procedimentos previstos; as ordens emitidas pela hierarquia (oralmente ou por escrito) e as instruções a serem seguidas; os protocolos e as normas técnicas e de segurança a serem seguidas; os meios técnicos colocados à disposição, componente da prescrição muitas vezes desprezado; a forma de divisão do trabalho prevista; as condições temporais previstas e as condições socioeconômicas: qualificação e salário.



Trabalhar é colocar em debate várias formas de fontes de prescrição, estabelecer prioridades entre elas e muitas vezes não poder segui-las simultaneamente. Sendo assim, a tarefa é a face visível do trabalho prescrito sob a forma de cumprimento de metas, modos de utilização do suporte organizacional, cumprimento de prazos e obediência aos procedimentos e às regras (FERREIRA; BARROS, 2003; BRITO, 2008a).

Existem situações em que as prescrições não são claras ou que se apresentam de forma implícita, induzindo o trabalhador a pensar que se trate de casos onde o trabalho se desenvolvesse em imposições como no caso da sub-prescrição, na qual a definição dos objetivos e dos meios para atingi-los acaba recaindo sobre o trabalhador, que não é reconhecido nem remunerado para executar tal atividade, sendo assim sempre haverá uma parte implícita nas tarefas prescritas (BRITO, 2008a).

### 2.3 TRABALHO REAL

Sempre existirá uma defasagem entre o trabalho prescrito e o trabalho real, já que as situações reais de trabalho são dinâmicas, instáveis e submetidas a imprevistos, conforme mostram os estudos realizados no âmbito da ergonomia da atividade, desde o final da década de 1960. Levando-nos a compreender que a atividade de trabalho envolve estratégias de adaptação do prescrito às situações reais de trabalho, atravessadas pelas variabilidades e o acaso (DANIELLOU; LAVILLE; TEIGER, 1989; FERREIRA; BARROS, 2003; BRITO, 2008b).

Por trabalho real, entende-se que é a atividade realizada pelos trabalhadores para cumprir/executar o trabalho prescrito, definido anteriormente como tarefa. É uma resposta às imposições determinadas externamente, que são apreendidas e modificadas pela ação do próprio trabalhador e são desenvolvidas em função dos objetivos fixados pelos trabalhadores a partir dos objetivos que lhes foram prescritos (BRITO, 2008b).

A atividade pode ser definida como um processo de regulação e gestão das variabilidades e do acaso, neste sentido o trabalho real apresenta também uma dimensão subjetiva e intersubjetiva (BRITO, 2008b).

O “trabalho real” acontece neste encontro, e é o trabalhador, individual e coletivamente, que faz a gestão de tudo isso no cotidiano, muitas vezes “se virando”. É nesse sentido que “trabalhar é gerir”, e que a atividade de trabalho envolve sempre criação (BRITO, 2008b, p. 457, grifo do autor).

A defasagem existente entre prescrição e a realidade do trabalho ocorre principalmente pela diferença entre o discurso produzido sobre a prática e aquilo que os trabalhadores experimentam no cotidiano de suas atividades (BRITO, 2008b).

Trata-se dos limites das rotinas e protocolos tomados como referência, indicando que há sempre uma parte da atividade que não é traduzida em palavras [...] Chama a atenção que trabalhar implica sair do discurso para confrontar-se com o mundo. E nesse confronto os trabalhadores não aplicam os saberes adquiridos (não são executores), mas, afetados pela situação de trabalho, mobilizam-se, operando com o patrimônio de saberes adquiridos, produzindo novos elementos (BRITO, 2008b, p. 455).

Existe o pressuposto teórico, fundamentado na literatura, que se baseia na tese de que o grau de incompatibilidade entre a tarefa e a atividade pode interferir positivamente ou negativamente nas vivências de prazer-sofrimento dos trabalhadores, configurando duas faces interdependentes: a dimensão negativa na qual quanto maior for o descompasso entre a tarefa e atividade, maior será o custo humano do trabalho, potencializando as vivências de sofrimento dos trabalhadores; e a dimensão positiva na qual quanto menor for o descompasso entre a tarefa e atividade, menor será o custo humano do trabalho, potencializando as vivências de prazer dos trabalhadores (FERREIRA; BARROS, 2003).

As vivências de prazer-sofrimento têm sido consideradas pela Psicodinâmica do Trabalho como um constructo dialético, no qual coexistem entre si, podendo haver a preponderância de uma sobre a outra. Elas são oriundas do cotejamento entre a individualidade, a liberdade e a perspectiva profissional do trabalhador e o modelo rígido de organização do trabalho, que impõe normas e regras ao trabalhador, restringindo, assim, sua capacidade de fazer uso das estratégias de mediação a fim de realizar as “manobras” necessárias para responder o trabalho prescrito. Em síntese, prazer e sofrimento são a dupla face de uma mesma moeda (FERREIRA; BARROS, 2003, p. 9, grifo do autor).

De acordo com Brito (2008b) a evolução do debate sobre o hiato existente entre trabalho prescrito e trabalho real tem levado à efervescência e renovação conceitual da noção de atividade de trabalho.

A partir do entendimento que existem diferenças entre trabalho prescrito e trabalho real torna-se relevante compreender as interfaces no processo de trabalho em saúde considerando a especificidade do trabalho do ACS.

## 2.4 O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

O conceito processo de trabalho em saúde de acordo com Peduzzi e Schraiber (2008) está relacionado à dimensão microscópica do cotidiano do trabalho em saúde, e às práticas dos profissionais de saúde inseridos no dia-a-dia da produção e consumo de serviços de saúde.

Peduzzi e Schraiber (2008) relatam que Ricardo Bruno Mendes Gonçalves, discípulo e colaborador de Donnangelo, foi o autor que formulou o conceito de processo de trabalho em saúde, a partir da análise do processo de trabalho médico. Foi analisado, neste processo de trabalho em saúde, a presença de instrumentos materiais e não-materiais para execução das atividades. O autor considerou que os instrumentos materiais são os equipamentos, material de consumo, medicamentos, instalações, e outros; e os instrumentos não-materiais são os saberes, que articulam em determinados arranjos os sujeitos - agentes do processo de trabalho - constituindo a ferramenta principal do trabalho de natureza intelectual. Compreende-se que esses saberes são também os que permitem a apreensão do objeto de trabalho (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2008).

O objeto no processo de trabalho em saúde está constituído por processos ou estados sociais, psíquicos ou biológicos cuja alteração pode ter impacto positivo sobre a saúde de indivíduos, grupos de pessoas ou comunidades. [...] Podemos concluir que, apesar de não resultar em um produto de consumo determinado, como no caso da produção industrial, nem por isso o trabalho nos serviços de saúde deixa de ter um produto definido, aqui entendido como **o efeito positivo de tais alterações sobre a saúde das pessoas** (FARIA et al., 2009, p. 44, grifo do autor).

O processo de trabalho em saúde compreende o trabalho diretamente produtor dos cuidados e das ações assistenciais. Como acontece no trabalho do médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, auxiliar de enfermagem, etc. Trata-se, portanto, das questões desse trabalho direto e de seu trabalhador(SCHRAIBER et al., 1999).

Nos processos de trabalho em geral os agentes são modificados pelo exercício de sua atividade produtiva e pelos resultados de sua produção. Esse fato se apresenta ainda mais intenso e diretamente na prestação de serviços, que se baseia em relações interpessoais entre o prestador de serviço e o usuário/cliente e cujo objetivo é alguma modificação sobre esse usuário/cliente (FARIA et al., 2009).

Nesse caso, o processo de trabalho é, necessariamente, um momento privilegiado e intenso na formação da subjetividade desse usuário e cliente. A subjetividade, portanto, é uma das dimensões que compõem o complexo cenário do trabalho em saúde (FARIA et al., 2009; FRANCO; MERHY, 2012).

O profissional não pode estar alheio a essa dimensão de seu trabalho. Por um lado, porque ela é um de seus objetivos centrais e, por outro, porque a sua própria subjetividade também se forma e se transforma durante esse processo(FARIA et al., 2009, p. 32).

A atividade produtiva é então, direta e intensamente, produção de sujeitos, envolvendo os dois lados da relação: o usuário e o profissional. Como acontece na prestação de serviços em saúde, na qual o profissional de saúde é, também, de modo direto, objeto no processo de trabalho (FARIA et al., 2009).

De acordo com Merhy (1997), o trabalho em saúde é um processo relacional, produzido através do trabalho vivo em ato, ou seja, a partir do encontro entre duas pessoas onde se estabelece um jogo de expectativas e produções criando espaços de escutas, falas, empatias e interpretações.

O trabalho ocorre em relações que são estabelecidas entre os indivíduos trabalhadores, e entre estes e os usuários. Estas relações produzem serviços que são consumidos no mesmo momento da sua produção, caracterizando o ato de saúde como um produto que, ao ser consumido, expõe tensionalmente o seu sentido de produto de consumo em si, com o sentido de valor de uso

que a saúde tem como finalidade a ser perseguida pelo usuário (MERHY, et al., 2006, p. 70).

O trabalho em saúde utiliza para sua realização as tecnologias relacionais da saúde tipificadas como: tecnologias duras, tecnologias leve-duras e tecnologias leves. A primeira refere-se às inscritas nas máquinas e instrumentos enquanto a segunda apresentam uma parte estruturada, o conhecimento, e outra leve relacionada ao modo de agir singular de cada trabalhador e por fim a terceira que dizem respeito aos aspectos inter-relacionais entre os trabalhadores da saúde e usuários e que devem determinar a produção dos serviços de saúde (MERHY, 1997; FERREIRA et al., 2009; MERHY, 2002; FRANCO; MERHY, 2012).

Na atualidade, a categoria “processo de trabalho em saúde” está sendo utilizado em diversos estudos dos processos de trabalho específicos das diferentes áreas que compõem o campo da saúde. Isto favorece abordagens como a das práticas sociais para além de áreas profissionais especializadas. Também está sendo utilizado nas pesquisas e intervenções sobre atenção à saúde, gestão em saúde, modelos assistenciais, trabalho em equipe de saúde, cuidado em saúde e outros temas, permitindo abordar tanto aspectos estruturais como aspectos relacionados aos agentes e sujeitos da ação, pois nesta dinâmica é configurado os processos de trabalho (FRANCO, 2006; MERHY et al., 2006; PEDUZZI; SCHRAIBER, 2008; FERREIRA et al., 2009; REIS; DAVID, 2010; FARIA; ARAUJO, 2010; FARIA; DALBELLO-ARAUJO, 2011; FRANCO; MERHY, 2012).

A partir dos anos 90, um conjunto de novas questões estabelece um divisor de águas para a reflexão e pesquisa sobre o processo de trabalho em saúde. Por um lado, aparecem questões relacionadas às novas formas de trabalho flexível e/ou informal e da regulação realizada pelo Estado, com foco nos mecanismos institucionais de gestão do trabalho; por outro, as questões da integralidade do cuidado e da autonomia dos sujeitos, cujo foco de análise se desloca para o plano da interação envolvendo a relação profissional - usuário ou as relações entre os profissionais (NOGUEIRA, 2002; PEDUZZI; SCHRAIBER, 2008).

Segue abaixo um esquema da formatação do trabalho em saúde elaborado por Faria et al. (2009, p. 42), que determina os agentes, objetos, meios, produtos, resultados e finalidades deste processo de trabalho.

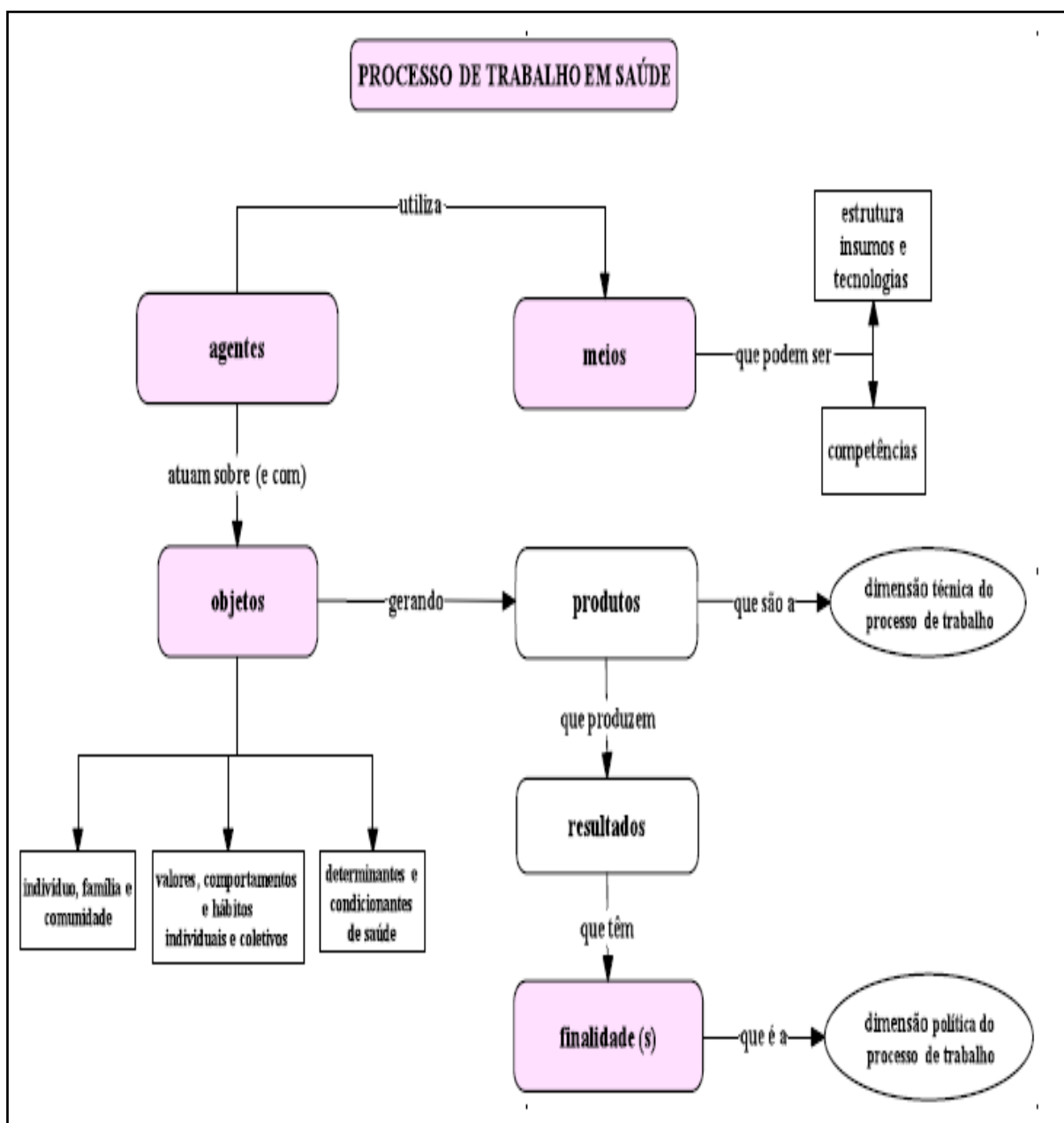


Figura 1 – Fluxograma do Processo de Trabalho em Saúde e seus elementos  
Fonte: Faria et al. (2009).

## 2.5. O PROCESSO DE TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

### 2.5.1 A origem política e econômica do trabalho do ACS no mundo

Antes da criação da OMS, no pós segunda guerra mundial, vários países tentaram estabelecer seus próprios serviços de saúde, assim como formar seus profissionais. Os países membros da OMS se deram conta, naquela época, de que a maneira mais eficaz de melhorar a saúde seria oferecer serviços que dessem mais importância à saúde do que à doença, contrapondo a ideia de que para melhorar a saúde da população os países deveriam ter hospitais ultramodernos e profissionais extremamente capacitados (OMS, 1987).

Por volta da década de 1960, a noção de “serviços básicos em saúde” foi preconizada e pareceu promissora pela OMS. No entanto, muitos desses serviços produziram decepções e fracassos por serem projetos experimentais ou de pequena escala não adaptados às condições do lugar, como também pela falta de participação comunitária, falta de apoio e recursos locais. Nessa época, na China, as condições de saúde da população haviam melhorado bastante como consequência do trabalho desenvolvido com o agente comunitário de saúde (ACS), que tinha o objetivo de fazer chegar os serviços de saúde nos lugares em que vive e trabalha a população, ajudar as coletividades a identificar suas necessidades sanitárias e ajudá-las a resolver seus problemas de saúde (OMS, 1987).

Com essa ideia nova de que as comunidades deviam encarregar-se dos cuidados de sua própria saúde, deu-se uma nova dimensão da gestão dos serviços de atenção sanitária, oportunizando aos países membros da OMS a reestruturação e ampliação dos serviços de saúde (OMS, 1987).

Em 1978 na conferência de Alma-Ata, os países participantes aceitaram os critérios da atenção primária a saúde como o modo mais eficaz de se alcançar a meta de saúde para todos no ano 2000. A OMS, na tentativa de orientar a formação do trabalho do ACS e a utilização dos seus serviços na comunidade, cria o primeiro documento em 1974 que se transformou em uma edição em 1977 com o título: “O

trabalhador primário de saúde”. A partir deste documento diversos países adotaram e orientaram o trabalho do ACS como estratégia política e econômica para elevar os índices dos indicadores de saúde de seus respectivos territórios (OMS, 1987).

### **2.5.2 O surgimento da profissão de ACS no Brasil**

As primeiras experiências do trabalho de “Agentes de Saúde” surgiram no Brasil, motivadas pela manutenção do desenvolvimento econômico do país através do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) de 1942 a 1960, e a Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (F. SESP) de 1960 a 1990 (SILVA; DALMASO, 2002a).

O SESP teve como objetivo prioritário ofertar assistência médica-sanitária às populações das áreas onde existiam matérias-primas de interesse estratégico para os países aliados, em guerra contra a Alemanha. Eram estes os trabalhadores que foram removidos do Nordeste para explorar borracha na região Amazônica, as populações que trabalhavam na extração de mica e cristal de rocha nos estados do Espírito Santo, Minas Gerais e Goiás e os que trabalharam na reconstrução da Estrada de Ferro Vitória-Minas da Companhia Vale do Rio Doce. O foco de atenção constituía-se principalmente em monitorar a situação de saúde dos indivíduos e das famílias e a prevenir e controlar as doenças transmissíveis, principalmente a Malária (SILVA; DALMASO, 2002a).

Nos primeiros anos de funcionamento a direção do SESP compreendeu que era preciso oferecer às populações os cuidados de assistência médica de que eles necessitavam e não apenas programas pontuais focados na manutenção da “força de trabalho” no país. Entendia-se que os serviços focados nos problemas reais da população seriam benéficos e atrativos, contribuindo para que as mesmas aceitassem melhor as medidas preventivas (SILVA; DALMASO, 2002a).

De acordo com Silva e Dalmaso (2002a), vários foram os atos de prorrogação do contrato que deu origem ao SESP, até que em 1960 foi criada a F.SESP vinculada ao Ministério da Saúde. As autoras compreendem por meio de uma análise documental que a F.SESP funcionou como um laboratório de construção de



experiências em práticas preventivas e foi pioneira na criação de modelos para as propostas de ampliação de cobertura para populações específicas, de práticas, de diretrizes, e princípios que hoje se colocam no PACS e PSF(SILVA; DALMASO, 2002a).

De acordo com Silva e Dalmaso (2002a) as visitadoras sanitárias eram auxiliares que desenvolviam o atendimento aos indivíduos e às famílias, na unidade e na comunidade, sob supervisão e orientação do enfermeiro, e mediante protocolos estabelecidos. Também eram responsáveis por atender a gestantes e crianças de baixo risco, na unidade sanitária e pela cobertura da população residente em uma determinada área do município. Possuíam treinamento para o trabalho, com duração de seis meses, que era realizado por um enfermeiro, logo após a admissão, mediante programa validado e publicado pela instituição, no qual uma metodologia de integração ensino-serviço favorecia o desenvolvimento das competências necessárias à prática das funções.

Posteriormente na década de 90, foi criada a Fundação Nacional de Saúde (FNS) vinculada ao Ministério da Saúde e a F.SESP foi incorporada à Superintendência de Campanhas de Saúde Pública - SUCAM (SILVA; DALMASO, 2002a).

A medicina comunitária no Brasil destacou-se na década de 70 e 80 como um modelo alternativo de prestação de serviços de saúde na tentativa de garantir igualdade e universalidade no atendimento às populações, porém seu alcance limitou-se a complementar a assistência em áreas da população não cobertas pelas formas hegemônicas de assistência médica. De acordo com Sousa (2003), os programas de ação comunitária e o movimento da medicina comunitária foram trazidos para a América Latina e Brasil pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e por fundações privadas norte-americanas – Kellogg, Rockefeller – sendo intensificados nas Universidades, como os diversos projetos piloto (Medicina Comunitária de Paulínia – Unicamp/SP; Vale da Ribeira/USP; Londrina – Universidade Estadual de Londrina e outros).

Esses projetos elevaram o grau de politização do setor saúde promovendo, de acordo com Sousa (2003), o acúmulo de experiências dos serviços locais de saúde,

formação de movimentos sindicais, incluindo reivindicações, melhoria dos serviços, a necessidade de participação nos destinos da organização do Sistema Nacional de Saúde, estabelecendo vinculação entre a política de saúde e a sociedade brasileira. Também deram início a uma nova lógica de pensar a assistência à saúde contrabalanceando a estrutura hegemônica médica-centrada, curativista e hospitalocêntrica.

Entre os Programas de Extensão de Cobertura, os que tiveram maior expressão como política governamental e institucionalizados foram o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PPREPS), criado em 1974, e o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) criado em 1976 para ser aplicado no Nordeste (SILVA; DALMASO, 2002a; SOUSA, 2003).

De acordo com Sousa (2003), o PPREPS foi definido a partir dos esforços do Ministério da Saúde com a colaboração do Ministério da Educação e Cultura – MEC e OPAS para promover a adequação da formação de pessoal de saúde de forma quantitativa e qualitativa visando às necessidades e possibilidades dos serviços, mediante progressiva “integração” das atividades de formação na realidade do sistema de serviços de saúde.

Já o PIASS foi instituído para a região Nordeste do país no período de 1976 a 1979, com a finalidade de implantar uma estrutura básica de saúde pública nas comunidades com até 20 mil habitantes no propósito de adotar um conjunto de práticas que abordavam desde questões ambientais a problemas sanitários de atendimento médico individual. Possuía como diretrizes principais o recrutamento de pessoal de nível auxiliar em suas próprias comunidades, ênfase na prevenção das doenças transmissíveis com vistas ao encaminhamento dos casos mais complexos, desenvolvimento de ações de baixo custo e alta eficácia, disseminação de unidades de saúde tipo “miniposto” integradas aos sistemas de saúde da região e apoiadas por unidades de maior porte, integração dos diversos organismos públicos integrados ao Sistema Nacional de Saúde, ampla participação comunitária e por fim a desativação gradual das unidades de saúde itinerantes para serem substituídas por serviços básicos em caráter permanente (SILVA; DALMASO, 2002a; SOUSA, 2003).

Em 1979, foi aprovada por meio de Decreto Presidencial a expansão do PIASS para o período de 1980 a 1985, e teve como diretrizes básicas a operação e manutenção da rede básica já instalada e ampliação da mesma, a efetivação da cobertura de todos os municípios em áreas abrangentes do Programa visando sua consolidação, fortalecimento e reestruturação das secretarias estaduais de saúde e extensão do Programa para o âmbito nacional para regiões com características populacionais e serviços semelhantes à primeira versão deste (SILVA; DALMASO, 2002a).

De acordo com Silva e Dalmaso (2002a), em meados da década de 70, multiplicaram-se no país iniciativas municipais para resolver demandas sociais urgentes e emergentes, e a área da saúde teve um dos focos principais dos dirigentes. Vários municípios implantaram programas dentro dos princípios da Atenção Primária à Saúde e surgiram várias vertentes de programas de agentes de saúde, muitas vezes, sem o conhecimento técnico necessário e nem orientação oficial. Contudo, possuíam grande visibilidade haja vista o cenário brasileiro de redemocratização política e oposição ao governo militar (SILVA; ALVES, 2007).

A partir da década de 80, várias experiências de governo como o Programa Nacional de Serviços Básicos Saúde (Prev-Saúde) e Ações Integradas de Saúde (AIS) originaram correntes tecno-políticas que contribuíram com sugestões de elementos importantes na organização de modelos assistenciais “[...] coerentes com as escolhas técnicas, éticas e políticas daqueles que queriam a universalização da saúde (SILVA; ALVES, 2007, livro p. 31)”. Neste sentido vários municípios organizaram redes de unidades de saúde para a atenção primária com a ajuda de universidades, como Niterói, Londrina, Campinas e outros que usaram de suas experiências para embasar o Movimento da Reforma Sanitária que culminou na VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 (SOUSA, 2003; SILVA; ALVES, 2007).

A proposta do Prev-Saúde teve como características principais a organização dos serviços básicos de saúde através da regionalização da assistência, hierarquização dos serviços e dos profissionais, padronização dos procedimentos, integração interinstitucional, simplificação do cuidado e participação comunitária. Porém, de acordo com Cohn e Elias (2003), esta proposta não saiu do papel. Já a AIS possuiu como objetivos fundamentais articular internamente o setor público com o privado;

integralizar as ações de saúde preventivas e curativas; regionalizar e hierarquizar de forma única os serviços públicos e privados, criar ambulatórios públicos como porta de entrada preferencial do sistema; estabelecer mecanismos para realizar a referência e contra-referência; usar a rede pública prioritariamente; descentralizar administrativamente o planejamento regional, sub-regional e local; definir co-participação financeira e co-responsabilidades das várias instituições e, por fim, reconhecer a legitimidade da participação comunitária (SOUSA, 2003).

O movimento da reforma sanitária cresceu formando uma aliança com parlamentares progressistas, gestores da saúde municipal e outros movimentos sociais. AVIII Conferência Nacional de Saúde aprovou o conceito da saúde como um direito do cidadão e delineou os fundamentos do SUS, promovendo estratégias que permitiram a coordenação, a integração e a transferência de recursos entre as instituições de saúde federais, estaduais e municipais. Essas mudanças administrativas estabeleceram os alicerces para a construção do SUS. As diretrizes da conferência ganharam “forma” através da Constituição de 1988, da Lei Orgânica de Saúde (Lei nº 8.080/90) e Lei Complementar (Lei nº 8.142/90) (COHN; ELIAS, 2003; SOUSA, 2003; PAIM et al., 2011).

Neste contexto, houve o lançamento do Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS, entendido como forma de estratégia de mobilização e renovação das forças sociais para o exercício da conquista do espaço operativo dos sistemas locais de saúde, compreendendo o ACS como um educador permanente e, sobretudo como articulador entre os serviços e as comunidades (SOUSA, 2003).

A primeira experiência em larga escala do trabalho ACS ocorreu em 1987, no Ceará - em 45 municípios do interior - cujo objetivo principal do Programa era melhorar a capacidade da comunidade cuidar da sua própria saúde. Os ACS trabalhavam com outros integrantes da comunidade, que tradicionalmente, executavam ações de saúde como as parteiras, curandeiros e outros agentes. Também deveriam promover a participação da comunidade para a proteção da saúde, residir na comunidade assistida, e realizar uma capacitação inicial de 60 dias com ênfase nas ações de educação e de promoção da participação comunitária sob supervisão municipal (SILVA; DALMASO, 2002a).

O PACS do Ceará ganhou destaque no cenário nacional e, em 1991, o Ministério da Saúde lança o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS) abrangendo o Nordeste e parte da região Norte (SILVA; DALMASO, 2002a).

A justificativa para implantação do programa prendia-se à existência de inúmeras 'experiências de atenção primária' em quase todo o Brasil, aos excelentes resultados alcançados, por muitas delas, ao integrar o agente à equipe, não apenas como um elo entre o sistema de saúde e a população mas, principalmente, por sua capacidade de resolver ou evitar parte dos problemas que ocasionavam o congestionamento do sistema de assistência à saúde. (SILVA; DALMASO, 2002a, p. 50).

De acordo com Silva e Dalmaso (2002a), em 1993, o PACS abrangia 13 estados das Regiões Norte e Nordeste e possuía 29 mil ACS atuando em 761 municípios. Em 1994, o programa já estava implantado em 17 estados das regiões norte, nordeste e centro-oeste e possuía um total de 33.488 ACS.

O Programa Saúde da Família (PSF) foi idealizado em 1993, oficializado em 1994, e tinha como objetivo promover a reorganização do SUS e municipalização dos serviços de saúde. O foco de implantação foi nos territórios onde havia a pior situação de saúde e o maior risco social. Neste sentido, o PSF enquanto modelo de assistência à saúde visou desenvolver ações de promoção e proteção à saúde do indivíduo, da família e da comunidade, utilizando para tal o trabalho das equipes de saúde no nível de atenção primária e que se responsabilizavam pelo atendimento na unidade local de saúde e na comunidade. É neste contexto que o ACS passa a compor a equipe nuclear desta proposta e seu desenvolvimento é ampliado para as regiões metropolitanas e capitais do Sul e Sudeste (SILVA; DALMASO, 2002a; SOUSA, 2003).

Apesar da expansão dos Programas de PACS e PSF em todo Brasil somente, em 1997, através da Portaria nº 1.886 é que são aprovadas pelo Ministério da Saúde as Normas e Diretrizes do PACS e PSF. Nesta Portaria são colocadas as principais atividades que deverão ser realizadas pelos ACS e estão descritas detalhadamente no Apêndice C (BRASIL, 1997b).

No mesmo ano, o Ministério da Saúde lança o livro “Saúde da Família – uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial” que consolida as informações sobre o trabalho do ACS que deverá desenvolver suas ações nos domicílios de sua área de responsabilidade, junto à unidade para programação e supervisão de suas atividades e terá como atribuições básicas:

- Realizar mapeamento de sua área de atuação;
- Cadastrar e atualizar as famílias de sua área;
- Identificar indivíduos e famílias expostos a situações de risco;
- Realizar, através de visita domiciliar, acompanhamento mensal de todas as famílias sob sua responsabilidade;
- Coletar dados para análise da situação das famílias acompanhadas;
- Desenvolver ações básicas de saúde nas áreas de atenção à criança, à mulher, ao adolescente, ao trabalhador e ao idoso, com ênfase na promoção da saúde e prevenção de doenças;
- Promover educação em saúde e mobilização comunitária, visando uma melhor qualidade de vida mediante ações de saneamento e melhorias do meio ambiente;
- Incentivar a formação dos conselhos locais de saúde;
- Orientar as famílias para a utilização adequada dos serviços de saúde;
- Informar os demais membros da equipe de saúde acerca da dinâmica social da comunidade, suas disponibilidades e necessidades;
- Participação no processo de programação e planejamento local das ações relativas ao território de abrangência da unidade de Saúde da Família, com vistas à superação dos problemas identificados; (BRASIL, 1997a).

A efetivação da profissão de ACS deu-se através da Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, que regulamenta a profissão e torna-os profissionais exclusivos do SUS (BRASIL, 2006b). Em 2011, é aprovada a Política Nacional de Atenção Básica, que estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) através da Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 (BRASIL, 2011; BRASIL, 2012a).

Ao mesmo tempo em que os ACS são regulamentados enquanto profissão tornou-se necessário que estes profissionais realizassem um curso de formação inicial e continuada para o desenvolvimento destas atividades de acordo com as diretrizes curriculares definidas pelo Conselho Nacional de Educação (CNE).

A partir do parecer do Conselho Nacional de Educação sobre a proposta de habilitação técnica para a profissão de Agente Comunitário de Saúde (Parecer CNE/CEB nº. 19/2004), efetivamente foram criados em todo país o curso técnico de agente comunitário de saúde. Neste, o referencial curricular está voltado para a preparação de técnicos de nível médio que deverão atuar junto às equipes multiprofissionais e desenvolver ações de cuidado e proteção à saúde de indivíduos e grupos sociais, em domicílios e coletividades, reforçando a atuação intersetorial, e principalmente as ações de prevenção e promoção da saúde (BRASIL, 2004; BORNSTEIN; STOTZ, 2008).

Em dezembro de 2013 o número de ACS no Brasil cadastrados pelo Ministério da Saúde nas equipes de PACS e ESF foi de 262.388 profissionais, enquanto no estado do Espírito Santo este número foi de 5.271 (DEPARTAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA, 2014).

### **2.5.3 O trabalho do Agente Comunitário de Saúde**

O ACS é um trabalhador que surge de uma experiência nacional no Estado do Ceará em 1987. Atualmente está inserido nas equipes de PACS e ESF de todo país e possui como atividades principais a visita domiciliar, seguida da educação em saúde com orientações sobre higiene; calendário vacinal; uso correto de medicamentos; cuidados com recém-nascidos, gestantes e puérperas (SILVA; DALMASO, 2002b; SOUSA, 2003; FERRAZ; AERTS, 2005; SAKATA; MISHIMA, 2012).

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), são atribuições dos ACS:

- I - Trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea;
  - II - Cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados;
  - III - Orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;
  - IV - Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;
  - V - Acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade. As visitas deverão ser programadas em conjunto com a equipe, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade de modo que famílias com maior necessidade sejam visitadas mais vezes, mantendo como referência a média de uma visita/família/mês;
  - VI - Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade;
  - VII - Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, por exemplo, combate à dengue, malária, leishmaniose, entre outras, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito das situações de risco; e
  - VIII - Estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde, à prevenção das doenças e ao acompanhamento das pessoas com problemas de saúde, bem como ao acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa-Família ou de qualquer outro programa similar de transferência de renda e enfrentamento de vulnerabilidades implantado pelo governo federal, estadual e municipal, de acordo com o planejamento da equipe.
- É permitido ao ACS desenvolver outras atividades nas Unidades Básicas de Saúde, desde que vinculadas às atribuições acima (BRASIL, 2012a, p. 48).

O ACS desenvolve suas atividades profissionais dentro da comunidade através de visitas domiciliares, mediando processos entre a unidade de saúde e a população, exercendo ações de educação em saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde. Ele acessa as áreas mais distantes e isoladas de seu território de atuação, passando entre as casas, andando nas ruas, vielas e becos, onde, geralmente, estão as famílias em situação mais difícil (NASCIMENTO; DAVID, 2008).

O ACS é um profissional *sui generis*. Tem que residir na própria comunidade, ter perfil mais social que técnico, ser maior de dezoito anos, ter disponibilidade de tempo integral para exercer suas atividades, e entre outras atribuições, trabalhar com famílias em base geográfica definida e realizar o cadastramento e acompanhamento delas. Os principais instrumentos de trabalho são a entrevista, a visita domiciliar, o cadastramento das famílias, o mapeamento da comunidade e as reuniões comunitárias (KLUTHCOVSKY; TAKAYANAGUI, 2006).



Dentre as diversas atribuições dos ACS estão a análise das necessidades da comunidade; atuação nas ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, especialmente da criança, da mulher, do adolescente, do idoso e dos portadores de deficiência física e deficiência mental; participação das ações de saneamento básico e melhoria do meio ambiente; reuniões de equipe de saúde e outros eventos de saúde com a comunidade (KLUTHCOVSKY; TAKAYANAGUI, 2006).

O Ministério da Saúde confere ao ACS uma série de atribuições, que transcendem à sua formação profissional, considerando que para sua admissão, não há exigência de um alto grau de escolaridade, nem formação específica prévia. Dessa forma, a responsabilidade de identificar, orientar, encaminhar e acompanhar pacientes muitas vezes não é cumprida já que é necessário que estes profissionais participem de esquemas de qualificação e atualização permanentes (SILVA, et al., 2012).

De acordo com Bornstein e Stotz (2008), a maior parte das “atribuições” dos ACS é composta por atividades relacionadas com os programas de saúde da Atenção Básica (programa saúde da mulher, saúde da criança, tuberculose, hanseníase, etc) desenvolvidos pelas unidades de saúde e possuem caráter biomédico e individual. Ainda que seja mencionada a necessidade de promover ações coletivas, os instrumentos de informação que devem ser preenchidos pelos ACS e que fazem parte do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) não detalham essas atividades de educação em saúde. A ênfase do SIAB é feita sobre as fichas que permitem a avaliação da produtividade do serviço baseada em ações individuais e avaliação de indicadores de saúde.

De acordo com Sousa (2003), desde a formulação do projeto para implantação do PACS na década de 90, existiram duas tendências em relação às ações que deveriam ser desenvolvidas pelos ACS. A primeira diz respeito aos defensores da promoção da saúde coletiva que entendiam que os ACS em seu processo de aprendizagem deveriam ter o domínio das técnicas das ações básicas de saúde, entendendo a inserção do homem na estrutura social e conseqüentemente compreenderiam o processo saúde-doença e seus determinantes, fazendo dos mesmos promotores de saúde e educadores permanentes na defesa da vida.

Em contrapartida, a segunda tendência, a da medicina curativa, afirmava que os ACS deveriam estar tecnicamente preparados para prestar assistência curativa às comunidades tendo em vista a dificuldade de acesso aos tratamentos de saúde em diversas regiões do país. Nessa dicotomia por “tendências” o ACS ocupou um papel central focado como “promotor da saúde, educador da saúde, vigilante em saúde [...]” (SOUSA, 2003, p.94).

De acordo com Rodrigues, Santos e Assis (2010), no cotidiano das práticas do ACS, fica evidente a sua capacidade de conduzir as ações e a clareza dos mesmos sobre o objeto de trabalho, principalmente no que está relacionado com as atividades de educação em saúde para a comunidade.

Além das atribuições descritas pela PNAB, estudos como o de Ferraz e Aerts (2005) alertam que os ACS recebem uma sobrecarga de tarefas para manter o andamento das atividades nas equipes de saúde da família com a finalidade de minimizar a carência de outros profissionais dos serviços de saúde como, por exemplo, o auxiliar administrativo. Em pesquisa realizada pelos referidos autores, foi relatado que os ACS realizam o trabalho de apoio administrativo às equipes como atender na recepção da unidade de saúde; entregar fichas para consulta médica; procurar prontuários de pacientes; atender ao telefone; entregar medicação na farmácia; marcar consultas especializadas para a comunidade e etc.

Este trabalho de suporte que o agente vem prestando às equipes de saúde sinaliza que além de ser sobrecarregado com tarefas de sua atribuição, esse profissional está sendo utilizado para substituir a ausência de outros profissionais, o que descaracteriza o seu papel profissional dentro da equipe de saúde, já que cabe a este identificar problemas, orientar, encaminhar, e acompanhar a realização dos procedimentos necessários à proteção, à promoção, à recuperação e à reabilitação da saúde dos moradores de sua responsabilidade (FERRAZ; AERTZ, 2005).

O trabalho do ACS é diferente dos demais componentes da equipe, principalmente na relação que estabelecem com a comunidade. No cotidiano de sua prática, assumem atividades que extrapolam as ações determinadas pela PNAB,

evidenciando uma flexibilização de tarefas, no intuito de oferecer respostas positivas às demandas da população. Como consequência, rompem o “enrijecimento” da organização do trabalho, que ocorre quando a divisão de tarefas é bem definida e cada trabalhador fica responsável pelo seu campo exclusivo de atuação. O ACS por estar próximo da comunidade e da equipe de saúde acaba pertencendo a esses dois territórios, podendo ser um facilitador da criação de vínculos (RODRIGUES; SANTOS; ASSIS, 2010).

É responsabilidade de toda a equipe de saúde a articulação com indivíduos, família e comunidade, porém, cabe ao ACS, o esforço inicial de articulação e integração assim como o estabelecimento de vínculos com a comunidade. Ele assume um papel relevante no desencadeamento de ações que se caracterizam por uma perspectiva de atendimento integral, incluindo a preocupação em aumentar a capacidade de autonomia da comunidade e das famílias atendidas (RODRIGUES; SANTOS; ASSIS, 2010).

O ACS tem mostrado protagonismo no que se refere às relações de trocas estabelecidas entre os saberes populares de saúde e os saberes médicos científicos, ocupando uma posição mediadora entre comunidade e profissionais de saúde. A micropolítica do processo de trabalho do ACS é atravessada por lógicas próprias das vivências das famílias no território e domicílio, no qual a convivência de ambas as partes sofrem afetamentos em seus encontros mútuos, agenciando a produção de diferentes modos e perfis de cuidar (FERREIRA et al., 2009).

Na prática comunicativa com os outros trabalhadores, os Agentes Comunitários de Saúde ao falarem de si também estão falando da comunidade, pois ao dizerem de suas próprias necessidades de saúde estão dizendo das necessidades da população da qual eles cuidam (SAKATA; MISHIMA, 2012, p.671).

A profissão de ACS possui duas dimensões, uma técnica e outra política. A primeira, diz respeito ao atendimento às pessoas e às famílias, à prevenção de agravos e ao monitoramento de grupos ou problemas específicos. A segunda compreende uma proposta de organização da comunidade para transformação das condições de saúde, tendo o ACS uma interpretação mais ético-comunitária como elemento fomentador da organização da comunidade para a cidadania numa perspectiva de

transformação social. Porém na prática, não existe uma síntese dessas duas dimensões, sendo mais explorada uma ou a outra de acordo com o contexto no qual está inserido (SAKATA; MISHIMA, 2012; SILVA; DALMASO, 2002b.)

No trabalho do agente, no realizar ações e interações, há uma série de situações para as quais a área da saúde ainda não desenvolveu nem um saber sistematizado nem instrumentos adequados de trabalho e gerência, que compreendam desde a abordagem da família, o contato com situações de vida precária que determinam as condições de saúde, até o posicionamento frente à desigualdade social e a busca da cidadania (SILVA; DALMASO, 2002b, p. 79).

A dimensão do trabalho dos ACS representa uma oportunidade dos mesmos adquirirem novos conhecimentos no campo da saúde, assim como facilidade de acesso aos profissionais e serviços de saúde. Isto ocasiona sentimentos de valorização, pertencimento, autoestima, prestígio e reconhecimento pelo seu trabalho, aspectos considerados positivos no processo de trabalho dos ACS. Em contrapartida as diversas limitações existentes como as insatisfações com a capacitação e o treinamento adequado, dificuldades de interação e comunicação com os profissionais da equipe, assim como sentimentos de insatisfação, insegurança, frustração, desamparo e desvalorização do trabalho são considerados aspectos negativos e desmotivadores no processo de trabalho do ACS (SAKATA, MISHIMA, 2012).

Com o propósito de analisar as diferenças existentes entre o trabalho prescrito do ACS, que se refere ao preconizado pela Política Nacional da Atenção Básica, e o trabalho real possível nas equipes de ESF da Atenção Básica, empreendemos esta pesquisa, considerando a realidade da implantação da ESF enquanto modelo de reorganização de atenção à saúde no Brasil.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Analisar o processo de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde de duas equipes de ESF do município de Cariacica – ES, visando perceber as diferenças entre o trabalho prescrito e o trabalho real desenvolvido no cotidiano da ESF.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Descrever o processo de trabalho dos ACS das equipes de ESF estudadas;
- Descrever o trabalho prescrito dos ACS;
- Detalhar as diferenças existentes entre o trabalho prescrito e o trabalho real dos ACS;

## **4 MÉTODO**

### **4.1 CENÁRIO DA PESQUISA**

O cenário desta pesquisa foi o município de Cariacica, que tem uma população de 348.738 habitantes. De acordo com a Secretaria Municipal de Saúde constam no município 22 equipes de ESF, cada qual composta por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e de seis a dez agentes comunitários de saúde (PREFEITURA MUNICIPAL DE CARIACICA, 2013).

#### **4.1.1 O Cenário da Atenção Básica no município de Cariacica**

O município de Cariacica possui 30 Unidades Básicas de Saúde – UBS, distribuídas em doze regiões de saúde conforme mapa (ANEXO A). Dentre estas UBS, treze são categorizadas como tradicionais, ou seja, realizam os atendimentos médicos básicos, que são as consultas com o clínico geral, pediatra e ginecologista; duas são categorizadas como exclusivamente ESF ou Unidade de Saúde da Família - USF, realizando as atividades propostas pela Estratégia e quinze UBS são categorizadas como mistas alternando os atendimentos de uma UBS tradicional com as equipes de ESF e também com os Programas Especiais como Saúde Mental, Saúde da Criança, Tuberculose, Hanseníase, Hipertensão e Diabetes, que possuem atendimento especializado em algumas destas unidades mistas, e também nas UBS tradicionais (PREFEITURA MUNICIPAL DE CARIACICA, 2013).

Dados condensados de 2013 mostram que o atendimento odontológico no município é realizado em 27 UBS, tendo dois cirurgiões dentistas e um auxiliar de cirurgia dentista (ACD) em cada UBS totalizando o atendimento de 7.560 pessoas/mês. Há também treze equipes de Saúde Bucal atuando conjuntamente com as equipes de ESF, uma unidade odontológica móvel que direciona os atendimentos para os alunos da rede pública municipal e também os moradores da zona rural ofertando atendimentos e atividades educativas. É disponibilizado no Pronto Atendimento Municipal o atendimento de urgência e emergência odontológica. Nas equipes de

ESF existem 135 ACS distribuídos em 22 equipes, no entanto o município deveria ter 176 ACS atuando. A defasagem permanece nas equipes de PACS que possuem 96 profissionais distribuídos em 9 equipes, o município deveria ter 135 ACS atuando. A dificuldade em manter as equipes com o quantitativo adequado de profissionais deve-se principalmente pela dificuldade de contratação e manutenção destes profissionais na rede, pois o vínculo empregatício dos profissionais da ESF e PACS é de designação temporária com contratos de duração de doze meses podendo ser prorrogado uma única vez. Em 2013 vários profissionais tiveram seus contratos rescindidos, prejudicando muito o atendimento nas UBS. Tanto as equipes de PACS como as de ESF possuem dificuldade de viabilizar o acesso dos usuários aos serviços de saúde, de manter a continuidade do cuidado e o vínculo com as famílias em suas áreas de responsabilidade (PREFEITURA MUNICIPAL DE CARIACICA, 2013).

O acesso dos usuários às consultas básicas nas UBS acontece sob a forma de agendamento, no entanto ele não garante o atendimento imediato do usuário, tampouco prioriza suas necessidades de atenção haja vista que é organizado por ordem de chegada, exceto os usuários idosos e gestantes que possuem prioridade de atendimento. Somente a UBS de Porto Santana realiza ações de acolhimento aos usuários, tentando priorizar suas necessidades de saúde e resolvê-las no melhor tempo possível. Nas equipes de ESF os atendimentos são agendados pelos ACS e usuários diretamente com o responsável pela equipe, que geralmente é o enfermeiro. O horário de atendimento das equipes de ESF e PACS é de 8 às 17 horas de segunda-feira à sexta-feira, as UBS em sua maioria atendem de 7 às 17 horas de segunda-feira à sexta-feira, no entanto existem seis UBS com horários diferenciados estendendo o atendimento até às 19 horas e atendendo aos sábados. Há uma pressão da população para que as UBS estendam o atendimento até às 22 horas por parte dos trabalhadores formais, pois estes têm muita dificuldade em agendar os atendimentos (PREFEITURA MUNICIPAL DE CARIACICA, 2013).

Os atendimentos são focados prioritariamente na população materno-infantil e idosa. As UBS realizam consultas de pré-natal, puericultura, planejamento familiar, prevenção de câncer de colo de útero e de mama, imunização, triagem neonatal, e teste tuberculínico em algumas UBS de referência. Os adultos e idosos com

patologias crônicas possuem dificuldade de acesso e continuidade do tratamento nas UBS. Os portadores ou suspeitos de tuberculose e hanseníase são atendidos por uma UBS de referência enquanto os casos suspeitos ou diagnosticados de HIV/AIDS são atendidos pelo Centro de Referência em DST/AIDS, este Centro também é referência para a notificação e atendimento profilático para acidentes de trabalho com perfurocortantes (PREFEITURA MUNICIPAL DE CARIACICA, 2013).

As equipes de ESF e PACS quando lotadas nas UBS contribuem para os atendimentos, tendo como foco as ações de educação em saúde, prevenção e visita domiciliar, porém possuem poucos recursos como materiais educativos e audiovisuais para executarem melhor estas ações. As UBS realizam o agendamento de consultas, exames especializados e exames clínicos, no entanto o primeiro é ofertado pela disponibilização da Secretaria Estadual de Saúde (SESA) e o segundo pelas empresas terceirizadas (PREFEITURA MUNICIPAL DE CARIACICA, 2013).

O município de Cariacica possui dois Prontos Atendimentos (PA), para os atendimentos de urgência e emergência. Um funciona 24 horas e possui convenio com a SESA para a regulação de leitos dos usuários que necessitam de internação e o outro funciona em horário reduzido de 7 às 19 horas e não possui convênio, neste caso os usuários que precisam de internação são direcionados para o Pronto Atendimento que funciona 24 horas por dia. O município não possui apoio logístico (central de atendimento, sistema de informação e transporte sanitário) integrado às UBS com a atenção especializada. O Conselho Municipal de Saúde foi implantado no município desde 2007 e recentemente foi implantado o serviço de Ouvidoria da Saúde na qual o usuário pode ligar e fazer reclamações sobre os atendimentos e serviços de saúde (PREFEITURA MUNICIPAL DE CARIACICA, 2013).

#### 4.2 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de estudo descritivo com abordagem qualitativa, tendo em vista que esta contribui para descobrir as diferentes opiniões dentro de um mesmo grupo, explorando as diversas representações sociais sobre os assuntos, assim como



acessa vários pontos de vista e os conteúdos que os atravessam e diferenciam (BAUER; GASKELL, 2002).

A pesquisa qualitativa considera que há uma relação indissociável entre a realidade e a subjetividade do sujeito, cujas informações coletadas não podem ser traduzidas em números e sua interpretação envolve a compreensão de fenômenos e a atribuição de significados por parte do pesquisador (SILVA; MENEZES, 2001).

Segundo Alvez-Mazzotti (1999), a pesquisa qualitativa segue a tradição compreensiva ou interpretativa, pois, parte do pressuposto de que as pessoas agem em função de suas crenças, percepções, sentimentos e valores, seu comportamento tem sempre um sentido, um significado, que não se conhece imediatamente, necessitando ser desvelado.

Neste sentido, nos inspiramos na perspectiva da etnometodologia como pressuposto teórico para a postura etnográfica que adotamos neste estudo. De acordo com Angrosino (2009), a etnografia é definida como a arte e a ciência de descrever um grupo humano, suas instituições, seus comportamentos interpessoais, suas produções materiais e crenças.

A etnografia como método é baseado na pesquisa de campo, personalizado, multifatorial, ou seja, pode ser conduzido pelo uso de duas ou mais técnicas de coleta de dados, requer um compromisso de longo prazo sendo conduzido por pesquisadores que pretendem interagir com as pessoas que eles estão estudando durante um longo período de tempo. É indutivo, dialógico na medida em as conclusões e interpretações dos pesquisadores podem ser discutidas pelos informantes na medida em que elas forem se formando, e é holístico para revelar o retrato mais completo possível do grupo em estudo (ANGROSINO, 2009).

De acordo com Moreira e Caleffe (2006), a etnografia tem como característica focar o comportamento social no cenário, confiando em dados qualitativos, em que as observações e interpretações são feitas no contexto da totalidade das interações humanas. Os resultados da pesquisa são interpretados com referência ao

grupo ou cenário, conforme as interações no contexto social e cultural e a partir do olhar dos sujeitos participantes da pesquisa.

O sentido de realidade de um grupo baseia-se em duas proposições principais. Uma de que a interação humana é reflexiva, ou seja, as pessoas interpretam ações significativas como palavras, gestos, linguagem corporal e uso de espaço e tempo, mantendo uma visão compartilhada da realidade, e qualquer evidência que pareça contradizer esta visão é rejeitada ou, é de alguma forma, racionalizada no interior do sistema dominante. E outra de que a informação é indexada, ou seja, ela contém significado dentro de um contexto específico (ANGROSINO, 2009).

Portanto, ao adotarmos a postura etnográfica para estudar e descrever o processo de trabalho do ACS. Buscamos conhecer sua prática profissional em profundidade, e para tal nos inserimos no cenário da ESF, entendendo que a etnografia baseia suas conclusões nas descrições da realidade de um determinado grupo de pessoas, e através desta transporta estes significados ao sentido de realidade observado pelo pesquisador. Isso leva sujeitos e investigador a uma participação ativa, na qual se compartilham modos culturais e o pesquisador não fica a parte da realidade estudada, mas à margem dela e dos fenômenos dos quais procura compreender seus significados (GRUBITS; NORIEGA, 2004).

#### 4.3 SUJEITOS DO ESTUDO

Os sujeitos do estudo foram nove ACS lotados em duas equipes de ESF distintas no município de Cariacica quanto à região de atuação e todos os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE A) e podem desistir a qualquer momento de participar deste estudo.

Dentre as ACS pesquisadas, todas são mulheres e a maioria reside no bairro que atende. A que possui menor tempo de residência no bairro, mora há sete anos, enquanto a que mora há mais tempo está há 41 anos no bairro. Todas possuem ensino médio completo, curso de formação inicial em ACS e trabalham na função há mais de um ano. Recentemente uma ACS concluiu um curso de graduação

tornando-se a primeira ACS da equipe com nível superior. A ACS que possui maior tempo na função atua há sete anos enquanto a de menor tempo atua há um ano e seis meses. A faixa de idade das ACS está entre 28 e 45 anos.

O perfil das ACS é melhor descrito na tabela 1, que possui como objetivo caracterizá-las dentro de um contexto social. Apesar do tempo de trabalho variar de uma ACS para a outra, todas recebem a remuneração mensal de R\$ 804,00 haja vista que o município pesquisado não oferta plano de carreira e salário para esta categoria profissional.

**TABELA 1 - PERFIL DAS ACS DAS EQUIPES JARDIM E FLORESTA**

Nome fantasia	Sexo	Idade	Escolaridade	Tempo de trabalho como ACS	Possui formação em ACS?	Mora no endereço atual há quanto tempo?	Mora no bairro que atende?	Mora na microárea que atende?
Acácia	F	38	Superior	1 ano e 8 meses	Sim	38 anos	Não	Não
Açucena	F	34	Fundamental	11 meses	Não	27 anos	Sim	Não
Azaléa	F	43	Ensino médio	5 anos	Sim	23 anos	Sim	Sim
Camélia	F	45	Ensino médio	6 anos	Sim	34 anos	Não	Não
Dália	F	45	Ensino médio	3 anos	Sim	15 anos	Não	Não
Lírio	F	38	Ensino médio	1 ano e 2 meses	Sim	10 anos	Sim	Sim
Gardénia	F	35	Ensino médio	7 anos	Sim	7 anos	Sim	Sim
Hortênsia	F	28	Ensino Médio	1 ano e 6 meses	Sim	28 anos	Sim	Não
Iris	F	28	Ensino Médio	5 anos	Sim	28 anos	Sim	Não
Jasmim	F	42	Ensino Médio	1 ano 6 meses	Sim	41 anos	Sim	Sim
Lavanda	F	33	Ensino Médio	3 anos	Sim	12anos	Sim	Não
Rosa	F	40	Ensino Médio	3 anos	Sim	39 anos	Sim	Não

Fonte: Dados levantados com as ACS (Junho, 2013).

As equipes pesquisadas e ACS acompanhadas neste estudo receberam nomes fictícios. A equipe Jardins está lotada na região de saúde onze do município, enquanto a equipe Floresta está na região seis conforme mapa (ANEXO A).

Ambasequipes iniciaram sua implantação como PACS em 2006 e tornaram-se ESF em 2011 e possuem semelhanças socioeconômicas e ambientais em seus respectivos territórios de implantação.

A média de visitas domiciliares/mês das ACS varia entre 130 e 216 visitas/mês. E o total de pessoas cadastradas por microárea está entre 330 e 542 pessoas. Abaixo segue a tabela com os dados populacionais das microáreas pesquisadas.

**TABELA 2 - DADOS POPULACIONAIS DAS MICROÁREAS PESQUISADAS**

<b>Equipe Jardins</b>					
<b>Microárea</b>	<b>ACS</b>	<b>Bairros atendidos</b>	<b>Total de famílias cadastradas</b>	<b>Total de pessoas na microárea</b>	<b>Média mensal de visitas domiciliares</b>
01	Camélia	Manguezal	158	502	130
03	Gardénia	Cerrado Pantanal	174	465	138
04	Dália	Cerrado	153	449	130
05	Lírio	Cerrado	140	435	206
06	Azaléa	Cerrado	160	532	180
09	Açucena	Cerrado	156	504	216
10	Acácia	Cerrado Pantanal	161	543	142
<b>Equipe Floresta</b>					
<b>Microárea</b>	<b>ACS</b>	<b>Bairros atendidos</b>	<b>Total de famílias cadastradas</b>	<b>Total de pessoas na microárea</b>	<b>Média mensal de visitas domiciliares</b>
2	Hortênsia	Mata Atlântica	132	460	186
3	Iris	Amazônia Mata Atlântica	126	361	161
4	Rosa	Mata Atlântica	150	330	150
5	Lavanda	Mata Atlântica	115	480	169
6	Jasmin	Mata Atlântica	110	372	170

Fonte: Fichas de cadastro familiar das ACS (Janeiro - Julho, 2013).

O perfil de atendimento realizado pelas ACS segue a formatação do acompanhamento dos grupos de risco monitorados pelo Ministério da Saúde. Neste sentido, os indicadores de produção dos sistemas de informação da Atenção Básica são voltados para monitorar os perfis existentes através de metas de atendimento.

Nesta pesquisa foi realizado um levantamento quantitativo do total de pessoas atendidas por grupo de risco ou demanda social da ESF e estão relacionados nas tabelas 3 e 4.

**TABELA 3 - PERFIL DE ATENDIMENTOS REALIZADOS PELAS ACS DA EQUIPE JARDINS**

Grupos de Risco	Agentes Comunitárias de Saúde						Total
	Acácia	Açucena	Azaléa	Camélia	Lírio	Dália	
Hipertensos	67	49	29	67	40	49	365
Diabéticos	17	32	09	12	12	16	113
Tuberculose	0	01	0	0	0	0	01
Hanseníase	0	0	1	0	0	0	01
Idosos	58	46	70	48	33	43	361
Acamados, deficientes físicos, especiais	06	01	04	08	05	03	31
Mulheres em idade de rastreio de Câncer de Colo de Útero (25 a 59 anos)	152	146	83	110	97	120	827
Mulheres em idade de rastreio do câncer de mama (maiores de 40 anos)	80	96	94	102	103	83	656
Menores de 2 anos	15	10	12	09	08	09	73
Gestantes	02	01	04	02	02	0	13
Famílias que recebem Bolsa Família	24	10	07	0	10	08	69
Pessoas acompanhadas pelo Bolsa Família	59	10	31	0	53	26	210

Fonte: Fichas de cadastro das ACS (Julho, 2013).

As metas das ACS para atendimento das pessoas portadoras de hipertensão, diabetes, tuberculose, hanseníase, idosos, acamados, deficientes físicos, portadores de necessidades especiais, crianças menores de dois anos e gestantes é de pelo menos uma visita domiciliar por mês, enquanto as mulheres em idade de rastreio de câncer de colo de útero e de mama são de que realizem os exames de diagnóstico precoce uma vez ao ano para o exame citopatológico de colo de útero e de dois em dois anos para o exame de mamografia. A pesagem pelo serviço de saúde das pessoas que são beneficiadas pelo Programa Bolsa Família é mensal, sendo meta das ACS monitorar todas as pessoas cadastradas no programa que residem em seu

território mensalmente. Nem todas as pessoas cadastradas residem no território e quando estas comparecem ao serviço de saúde são lembradas da “pesagem”.

**TABELA 4 - PERFIL DE ATENDIMENTOS REALIZADOS PELAS ACS DA EQUIPE FLORESTA**

Grupos de Risco	Agentes Comunitárias de Saúde					Total
	Hortênsia	Iris	Jasmim	Lavanda	Rosa	
Hipertensos	37	30	36	30	18	151
Diabéticos	5	11	11	10	7	44
Tuberculose	0	0	0	0	0	0
Hanseníase	0	0	0	0	0	0
Idosos	35	43	30	19	11	138
Acamados, deficientes físicos, especiais	1	10	3	6	6	26
Mulheres em idade de rastreio de Câncer de Colo de Útero (25 a 59 anos)	79	95	85	82	76	417
Mulheres em idade de rastreio do câncer de mama (maiores de 40 anos)	64	84	68	54	40	310
Menores de 2 anos	9	5	5	11	15	45
Gestantes	3	0	2	1	1	7
Famílias que recebem Bolsa Família	4	10	5	10	10	39
Pessoas acompanhadas pelo Bolsa Família	14	39	3	52	51	159

Fonte: Fichas de cadastro das ACS (Junho, 2013).

#### 4.4 COLETA DE DADOS

A boa etnografia geralmente resulta da triangulação de múltiplas técnicas de coleta de dados para reforçar as conclusões e análises obtidas no estudo, portanto as técnicas podem ser utilizadas em conjunto tendo como entendimento que nenhuma delas sozinha é capaz de pintar o retrato inteiro de uma comunidade viva (ANGROSINO, 2009, p. 54). Para a produção dos dados desta pesquisa utilizamos as técnicas de observação e pesquisa documental.

#### 4.4.1 Observação

De acordo com Angrosino (2009), a observação é o ato de perceber as atividades e os inter-relacionamentos das pessoas no cenário de campo através dos cinco sentidos do pesquisador. A observação sistemática foi a técnica principal desta pesquisa. Utilizamos um roteiro de observação (apêndice B) para registrar as informações em um diário de campo. Neste o pesquisador, sabendo ver e ouvir atentamente o grupo estudado registrou o mais fielmente possível todas as informações pertinentes com foco da observação do processo de trabalho das ACS.

A pesquisadora acompanhou a rotina de um dia de trabalho de nove ACS em 11 dias de observação, totalizando 79h42min de observação sistemática. A observação foi realizada no período de maio a agosto de 2013. Destas ACS quatro pertencem a equipe Jardins e cinco a equipe Floresta. Em algumas delas a observação iniciou-se a partir do momento em que a ACS saía de sua casa para o trabalho e em outras a partir de sua chegada na UBS e todas as observações terminaram com o retorno do ACS a sua casa.

Observamos o dia de trabalho das ACS integralmente e não se limitou a observar apenas o trabalho em ato, ou seja, a “hora” que o observado está efetivamente trabalhando, mais sim tentou compreender esse processo de “trabalhar” como um todo, não se limitando a um recorte temporal do tempo destinado ao trabalho destes profissionais. No total visitamos 93 famílias com as ACS e poucas foram as que tentaram “puxar conversa” ou querer conhecer melhor a pesquisadora, havendo ao longo das observações pouquíssimas interferências.

As observações ocorreram tanto na comunidade quanto dentro das UBS. Acompanhamos as ACS em todas suas atividades nas equipes de ESF selecionadas, e buscamos descrever como o seu trabalho é organizado, como se relaciona com a comunidade e equipe de saúde ao longo de um dia de trabalho. Ao longo da pesquisa foi construído um laço afetivo muito forte e carinhoso com essas profissionais e foi bastante doloroso distanciar-se do campo.

A descrição do processo de trabalho das ACS foi construída através dos registros do diário de campo. A consolidação desses registros deu-se sob forma de um texto narrativo objetivando ilustrar como acontece “em realidade” um dia de trabalho de uma ACS. Os principais registros do diário de campo foram organizados reunindo os dados observados do cotidiano de todas as ACS pesquisadas como se fosse uma única pessoa, nomeada ficticiamente de Luz. Nesta lógica a pesquisadora torna-se narradora, enquanto Luz representa o dia a dia do trabalho das ACS, ou a mais pura descrição do trabalho real com todas as suas variáveis.

#### **4.4.2 Pesquisa Documental**

De acordo com Ludke & André (1986), a análise documental constitui uma técnica importante na pesquisa qualitativa, seja complementando informações obtidas por outras técnicas, seja desvelando aspectos novos de um tema ou problema.

A pesquisa documental foi utilizada para descrever o trabalho prescrito dos ACS. Utilizamos como principal fonte de pesquisa os sites do Ministério da Saúde e da Biblioteca Virtual em Saúde tendo em vista que os textos técnicos e legislações vigentes relativos às instruções de trabalho dos ACS estão contidas nestes sites.

Foram encontrados 27 documentos, distribuídos entre três portarias, uma lei, 17 manuais, dois folders e quatro livros. Os documentos descrevem tanto como os ACS devem trabalhar na ESF como devem executar suas tarefas dentro dos grupos de risco e ações preconizadas pelo Ministério da Saúde. Todas as prescrições contidas nestes documentos foram organizadas sob forma de apêndice (APÊNDICE C).

#### **4.5 ANÁLISE DOS DADOS**

Os dados foram analisados a partir dos resultados principais desta pesquisa, ou seja, a descrição do trabalho real e do trabalho prescrito das ACS. Que são os resultados das técnicas de observação e pesquisa documental respectivamente.



Na análise do trabalho real, utilizamos a base literária vigente para discutirmos as atividades desenvolvidas pelas ACS, considerando os eventos ocorridos no texto narrativo “o dia a dia da ACS Luz” e diário de campo. A pesquisa documental sobre o trabalho prescrito teve como resultado o Apêndice C, já que a quantidade de documentos que tratam sobre as tarefas que as ACS devem desenvolver no âmbito da ESF são inúmeros e extensos. O apêndice foi utilizado para demonstrar as diferenças existentes entre o trabalho prescrito e o trabalho real em conjunto com a base literária vigente.

#### 4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Esta pesquisa teve a autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Cariacica para sua realização (ANEXO B) e foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo, sob o registro nº 179.146 (ANEXO C).

## 5 RESULTADOS

### 5.1 O trabalho real dos ACS: o dilema

#### O dia a dia da agente de saúde Luz

*Luz é uma agente comunitária de saúde muito conhecida em seu bairro, ela trabalha nessa profissão há mais de seis anos. Ela começou como agente desde a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde de seu bairro e há cerca de dois anos o Programa adquiriu a modalidade de Estratégia de Saúde da Família. Como é a agente mais antiga da equipe já pegou o jeitinho de realizar suas atividades e levar as orientações de saúde para suas famílias.*

*Luz sempre vai caminhando para a US iniciar seu dia de trabalho. Seu horário de chegada é às 8h e ela gasta cerca de dez minutos a pé da sua casa para o trabalho.*

*Chegando a Unidade de Saúde, Luz cumprimenta seus colegas de trabalho, e vai para a sala da equipe de Saúde da Família. Assina o livro de ponto, ouve os recados da enfermeira e das outras ACS, verifica se existem pendências em relação às famílias cadastradas em sua microárea, como resultados de exames para levar, consultas para marcar e receitas para trocar. Luz abre a agenda do médico e da enfermeira e verifica se existem vagas disponíveis para ela agendar as pessoas durante as visitas domiciliares (...)*

*Na sala da equipe de saúde a enfermeira estava advertindo e explicando às ACS sobre o relatório do Programa Bolsa Família que foi enviado mal preenchido este mês. E relatou que ficou muito chateada, pois a coordenadora do Programa chamou a atenção dela por causa disso, ficando subentendido que a equipe dela era desorganizada. As agentes ficaram muito chateadas, pois relataram que o Programa nunca parou para explicar para elas como deve ser o preenchimento dos relatórios e que estes possuem muitos itens e que às vezes elas não conseguem ter precisão nas informações, ou a pessoa não procura a Unidade para atualizar as informações.*

*O dado que foi errado da equipe referia-se a data da última menstruação de uma gestante. Na verdade as agentes deixaram esse item em branco, pois a gestante referida no relatório é usuária de drogas, não tem moradia fixa e ainda não iniciou o pré-natal, e mesmo as agentes tentando fazer a adesão dela ao pré-natal, essa gestante não sabe informar com quantos meses de gestação está ou a data de sua última menstruação.*

*A enfermeira pediu para as agentes buscarem informações com os vizinhos e colocar uma data aproximada. E ainda pediu para elas nunca enviarem o relatório com dados em branco, sob pena de receberem advertência.*

*As agentes ficaram chateadas com a postura da enfermeira e ficaram um bom tempo reclamando da dificuldade de preencher os relatórios. No final da discussão concluíram que o que importa mesmo são os dados, reais ou fictícios, e que elas não vão receber advertência por causa de um relatório que elas não compreendem ao certo qual é a finalidade.*

*Luz costuma sair para visitar por volta das 9h da manhã, pois antes disso as famílias não costumam recebê-la. Então ela fica na Unidade de Saúde esperando dar a hora de sair. A enfermeira não gosta muito dessa espera e sempre pergunta por que ela e as outras agentes ainda não foram fazer as visitas. Nesse intervalo ela sempre ocupa o tempo fazendo diversas atividades: (...) atualiza o cadastro das famílias, faz relatórios da equipe, e conversa com suas colegas de trabalho (...)*

*Às vezes, Luz auxilia o serviço de outros profissionais como da técnica de enfermagem ou fica na recepção da US, e até mesmo na farmácia dispensando medicamentos. Recentemente a coordenadora da Unidade de Saúde em reunião com a equipe solicitou a ajuda das agentes para substituírem, dentro de suas possibilidades de atuação e formação, os profissionais que tiveram os contratos reincidentes pelo município.*

*Para não prejudicar o funcionamento da US a equipe concordou e todos os dias uma agente é escalada para realizar as atividades do profissional que está em déficit até o município repor. Quando Luz fica na Unidade de Saúde substituindo outro*

*profissional, ela não visita as famílias na microárea e como consequência às vezes fica com muito serviço acumulado ou pendências a serem resolvidas.*

*Como hoje não era o dia dela ficar na US, ela saiu para visitar suas famílias por volta das 9h. Ela possui a meta de visitar 12 famílias por dia de trabalho, nessas visitas ela recolhe a assinatura da família visitada através da folha de assinatura que também é utilizada para elas preencherem o Boletim Único de Produção – BUP relacionando os dias que realizaram visitas e as famílias.*

*O BUP é entregue a enfermeira responsável pela equipe de ESF para fechar o relatório de produção mensal da equipe. Através dele a enfermeira sabe se o agente atingiu as metas de visita. Ela não é muito rigorosa em relação à meta atingida, pois compreende todas as adversidades que os agentes enfrentam no dia a dia principalmente agora com a falta de profissionais no município.*

*No caminho até a primeira família a ser visitada no dia, Luz encontrou uma senhora que foi caminhando com ela e contando sobre a inauguração da nova igreja do bairro. Convidou-a para ir conhecer a igreja nova, ela ficou muito feliz com o convite e disse que iria à inauguração. Um pouco mais adiante encontrou outra senhora que fez uma solicitação. A senhora queria que a Luz conseguisse para ela uma receita de psicotrópico, a conhecida receita azul de uma medicação que ela usava para dormir. Luz ficou um pouco constrangida com a solicitação, pois esta senhora não pertencia a microárea dela, mas a conhecia de vista já que mora no bairro há mais de 20 anos. Orientou a procurar a US e realizar o agendamento de uma consulta médica para renovar a receita azul, explicou que ela precisava ir cedo para pegar as fichas de atendimento, porém por ela ser idosa era bem provável que os funcionários da US dessem um jeitinho para atendê-la no mesmo dia, principalmente porque a agente responsável pela família dela estava cobrindo um funcionário da recepção e com certeza iria querer ajudá-la.*

*Por volta das 9h20, Luz encontrou uma gestante adolescente no caminho e convidou-a a ir para a casa de seus pais para ela poder fazer a visita domiciliar. A adolescente atendeu ao pedido e foi com ela até a casa de seus pais. Na casa, pediu para ver seu cartão de vacina e de gestante para saber se ela estava fazendo*

o pré-natal corretamente e também para verificar se as vacinas estavam em dia. Também pediu para ver os exames que ela havia feito no pré-natal. Luz conversou com a mãe e avó da moça e ia anotando as informações no caderno de visita domiciliar. A adolescente mostrou para a Luz que havia feito o exame de glicose (laboratorial) e pediu para ela marcar uma consulta com o médico para ela poder mostrar o exame. Luz conversou com a adolescente sobre a alimentação e ela não demonstrou nenhuma preocupação em ganhar peso. A ACS ressaltou que foi uma pena a adolescente não ter ido ao curso de gestantes promovido pela maternidade do município. A adolescente mostrou preocupação com o bico do seio e a ACS tentou explicar sobre as alterações que ocorrem com as mamas durante a gravidez. A mãe da adolescente perguntou se o sulfato ferroso engordava e a Luz usou como resposta o seguinte exemplo: - O que engorda de verdade é o hambúrguer, o refrigerante, as batatinhas fritas... A avó da adolescente que também morava naquele local mostrou para a Luz uma folha de marcação de consultas e perguntou para ela que dia que ela estava marcada, pois ela não sabia ler. A ACS falou a data e disse que na véspera voltaria na casa para lembrá-la da consulta.

Nesta casa moram quatro famílias juntas. Ela tentou conversar com todos os presentes para saber como estão e como anda a vida. A mãe da adolescente gestante ficou queixando-se da outra filha de 12 anos dizendo que ela é problemática, que não gosta muito de conversar e que ela tinha levado a filha recentemente na APAE para saber se ela tinha algum problema na cabeça. Disseram-lhe que a criança era normal. Então procurou um pastor que disse suspeitar de algum problema espiritual. Luz ficou muito angustiada com o jeito da mãe tratar a filha como doente mental, pois ela parece normal. Tentou explicar que cada um tem um jeito de ser, que ela pode estar calada por estar com ciúme da irmã que está grávida, pois antes da gravidez elas sempre estavam juntas e brincando. Também explicou que a adolescência é uma fase muito difícil e que ela devia tentar ter mais paciência e tentar ser mais amiga da filha dela. Além disso, depois que a irmã engravidou do namorado e ele foi morar com elas, ele não deixa as duas brincarem mais, justificando que a namorada vai ser mãe e tem que ter atitudes de uma pessoa adulta.

*Ao final da visita, depois que conversaram bastante sobre os problemas daquela família, a agente havia realizado duas visitas domiciliares concomitantes. Luz pediu para assinarem a folha de visita domiciliar. Despediu-se da família e foi realizar mais visitas.*

*Por volta das 9h50 chegou à casa de sua terceira família do dia, e nesta casa havia um bebê. Pediu o cartão de vacina da criança para a mãe e observou que havia uma vacina atrasada. Orientou-a vaciná-la em outra Unidade de Saúde próxima pois a Unidade de Saúde de referência daquela família estava sem a vacina que o bebê precisava tomar, foi a forma que ela encontrou para garantir que as vacinas do bebê fiquem em dia. Além disso, orientou a mãe do bebê que em agosto terá uma campanha de vacina para atualizar os cartões de vacina das crianças na Unidade de Saúde. Também perguntou como estava o acompanhamento médico do bebê. Este bebê nasceu com uma anomalia congênita e só poderá fazer o tratamento medicamentoso para o problema após os três anos de idade. No decorrer da visita a mãe informou para Luz como está o tratamento do bebê. Luz anotou os dados do bebê no seu caderno de visitas. Perguntou sobre a saúde do pai da criança e da outra filha. A outra filha é um pouco mais velha e a mãe relatou que acha que ela está com anemia, pois fica queixando-se de muito cansaço, que não agüenta subir escadas, subir no morro da casa delas e que a criança fica cansada até quando bebe água. Luz orientou a mãe a fazer o acompanhamento da outra filha para saber se ela estava com anemia e pediu para ela assinar a folha de visita domiciliar. Despediu-se da família e saiu.*

*Às 10h10, Luz chegou à casa de sua quarta família, uma idosa que morava sozinha. Perguntou sobre os remédios e soube que estavam acabando e que havia perdido a consulta para pegar uma receita nova. Luz pediu para ver as medicações que ela está usando e orientou como tomá-las corretamente. Explicou a finalidade de cada um deles e como ela deve usar a medicação de uso contínuo, a de dor de cabeça e o antibiótico que ela estava tomando para uma infecção. Anotou as informações no caderno e fez uma ficha de consulta para a idosa. A idosa disse que tinha vários encaminhamentos e mostrou as últimas receitas médicas que ela havia guardado. Luz disse para a idosa que iria conversar com o filho dela para ajudá-la a tomar as medicações corretamente e levar ela para a consulta médica.*

*Na verdade, Luz vai tentar marcar a consulta médica no dia que o filho dela puder levar. O filho mora no bairro vizinho e a idosa tem mais de 80 anos. Ela tem uma filha que mora ao lado da casa dela e no término da visita Luz ficou de ir lá conversar com a filha dela sobre a dificuldade da idosa em tomar os medicamentos corretamente.*

*Após sair da casa da idosa, Luz foi à casa da filha dela e explicou toda situação, também pediu para a filha ter mais cuidado com a mãe e evitar deixá-la sozinha já que ela mora tão próximo. A filha da idosa prometeu a ACS que cuidaria bem da mãe e que ela não precisava preocupar-se. Luz pediu para ela assinar a folha de visita pela família dela e pela mãe dela que não enxerga bem para assinar a folha de visita.*

*No decorrer do dia, Luz tentou visitar umas três casas e ninguém a recebeu. Ela queria avisar as famílias que possuem pessoas com hipertensão e diabetes sobre a palestra que o médico da equipe faria no dia seguinte. A Luz entende que seria muito bom se todos pudessem ir para aprenderem a se cuidar melhor, no entanto ela ficou desanimada com as visitas sem sucesso.*

*Uma vez por mês a equipe escolhe uma data e faz o HIPERDIA, que é um dia voltado para o atendimento de pessoas com diabetes e hipertensão, no qual a equipe de saúde afere a pressão e glicose das pessoas, oferece orientações de saúde e também coletam dados para o SISVAN-HIPERDIA, que é um sistema de informação voltado para o acompanhamento nutricional dos hipertensos e diabéticos cadastrados pela Unidade de Saúde.*

*Por volta das 11h Luz chega à casa da sexta família, que possuía uma senhora hipertensa e várias crianças, algumas destas eram filhos dessa senhora, as outras eram crianças que ela tomava conta.*

*Luz fez um bilhete para a senhora com o dia e hora do HIPERDIA e entregou para ela e pediu para ver o cartão de vacina das crianças. A senhora disse que as vacinas estavam em dia e que havia levado as crianças para vacinar recentemente,*

*também relatou para Luz que uma pessoa da família ficou internada. Luz ouviu a senhora contar sobre a internação, avisou sobre a campanha de vacinação e atualização do cartão de vacina das crianças e anotou os dados no seu caderno de visitas. Pediu para a senhora assinar a folha de visita, despediu-se da família e saiu.*

*Luz foi almoçar por volta das 11h20 na sua casa, e assim prepara o almoço para ela e para seus dois filhos. As 13h ela tem que ir a US assinar o livro de ponto no período da tarde, então ela faz tudo bem rápido para dar tempo de cuidar da alimentação dos filhos e voltar na US para assinar o livro de ponto. Nessa correria a técnica de enfermagem da ESF liga para ela perguntando se tinha visita domiciliar para fazer com ela a tarde, pois se não tivesse ela iria embora para casa.*

*Ainda ao telefone a técnica de enfermagem informou que a assistente social da equipe iria embora à tarde já que ela não tinha visitas domiciliares para fazer. O fato é que Luz e as outras agentes haviam avisado na comunidade que a assistente social estaria atendendo as pessoas o dia todo dentro da Unidade e ficou muito chateada (na verdade brava) com a postura da profissional, pois tinha certeza que a comunidade ia ficar pensando mal dela e desacreditando no trabalho das agentes de saúde.*

*Por volta das 12h50 Luz foi a Unidade de Saúde assinar o livro de ponto. Lembrou que uma pessoa da área recém-operada estava precisando de material de curativo e aproveitou que iria a Unidade de Saúde para separar e entregar o material para essa pessoa.*

*Chegando a Unidade de Saúde, Luz assinou o livro de ponto e conferiu o nome das pessoas que estão agendados para o médico e observou que no livro de ponto havia um recado para outra agente e falou o recado para ela. Constatou que a enfermeira da equipe estava fora da Unidade de Saúde em treinamento e pediu para a técnica de enfermagem separar o material de curativo para ela levar para a pessoa recém-operada.*



*O sol estava muito quente na parte da tarde então Luz e a técnica de enfermagem foram fazer as visitas de sombrinha para se protegerem do sol. Por volta das 13h40 as duas chegaram na sétima família para visitar uma idosa hipertensa.*

*A técnica de enfermagem ficou conversando com ela, a técnica é muito brincalhona e segundo Luz os idosos gostam muito dela, porque ela é gente boa e porque quando a visita é com ela, eles aferem a pressão e a glicose.*

*Enquanto a técnica e a idosa conversavam Luz ia anotando as informações de interesse no caderno das famílias. A técnica aferiu a pressão arterial da idosa e a ACS registrou os valores no seu caderno. A filha da idosa estava em casa e pediu para verificar a pressão arterial dela também. A técnica verificou e Luz registrou o valor no caderno e pediu para elas assinarem a folha de visita.*

*A filha da idosa morava numa casa aos fundos do quintal da mãe, logo ela pertencia à outra família de cadastro, sendo assim Luz e a técnica de enfermagem haviam feito duas visitas. A técnica despediu-se de Luz e foi para o ponto de ônibus esperar a condução para sua casa, enquanto Luz iria fazer as quatro visitas restantes da parte da tarde.*

*Por volta das 14h Luz chegou à casa de uma família onde havia uma gestante não cadastrada pelo programa. Chamou por um bom tempo e o morador da casa informou que a moça grávida havia se mudado naquele final de semana e que ele havia se mudado naquela semana também. Luz perguntou se ela mudou-se para outra casa dentro do bairro e ele disse que não, que ela havia se mudado para o município vizinho. Luz apresentou-se ao novo morador como Agente de Saúde e perguntou se ela podia passar na casa dele outra hora para fazer o cadastro da família. O senhor concordou em fazer o cadastro outro dia e Luz foi procurar outra família para visitar.*

*No caminho Luz lembrou que havia prometido entregar o material de curativo para uma pessoa recém-operada e foi a casa dela entregar o material. Era um pouco distante e chegou lá por volta das 14h20. A pessoa que Luz estava fazendo sua nona visita era uma senhora que fez cirurgia de mastectomia recente e estava com dreno.*

*Luz perguntou para ela quem estava fazendo seu curativo já que ela não tinha como ir a US. Na verdade mesmo que ela fosse não conseguiria realizar porque está sem técnico de enfermagem na US. A senhora respondeu que tem uma pessoa que faz o curativo dela todos os dias. Luz perguntou se ela está usando medicação para dor e ela disse que estava. Também pediu os dados da internação e cirurgia e anotou no caderno, depois perguntou se a pessoa que faz o curativo dela é técnica de enfermagem e a senhora disse que a pessoa estava estudando, mais que ia lá todos os dias à tarde. Luz entregou o material de curativo para ela e informou que a enfermeira não está podendo fazer visitas nesta semana e deu o número de celular dela para a senhora ligar caso precisasse de alguma coisa. Recomendou que ela repousasse bastante e que vai tentar trazer a enfermeira na próxima semana.*

*No final da visita a senhora relatou para Luz que tem uma pessoa da família dela com hanseníase e que ela está com medo de pegar. Também informou que essa pessoa está fazendo o tratamento corretamente.*

*Luz explicou que quando a pessoa está tratando corretamente a doença ela não é transmitida, logo ela não deve ficar com medo e deve pedir para os contatos da pessoa com hanseníase fazerem uma avaliação na US de referencia do tratamento de hanseníase. Luz pediu para a senhora assinar a folha de visitas e saiu por volta das 14h40.*

*No caminho, Luz parou numa casa para avisar uma senhora para ir a US assinar os documentos para ela realizar a cirurgia de laqueadura pelo planejamento familiar do município. A senhora ficou feliz que havia surgido uma vaga para ela mais ainda estava em dúvida quanto à realização da cirurgia, pois ela havia juntado recentemente com um senhor que ainda não possuía filhos. Ela sugeriu que a mulher conversasse com ele e decidissem juntos. E finalizou a conversa: - o recado foi dado. Mais adiante passou em duas casas e ninguém a recebeu.*

*Luz queria continuar convidando as pessoas que possuem hipertensão e diabetes mais não estava tendo muito sucesso, ela também tinha que convidar as mulheres para realizar o preventivo. Não havia quase ninguém agendado para a enfermeira*

*essa semana, seria uma oportunidade de adiantar os exames de quem está há bastante tempo esperando uma vaga para fazê-lo.*

*Por volta das 15h Luz chegou à sua décima visita. Era uma casa com bebê cuja mãe é representante de cosméticos e tentou vender para Luz alguns produtos.*

*Luz ficou vendo alguns produtos, enquanto perguntava sobre a saúde do bebê, que possui asma. A mãe dele relatou que ele terá que fazer uma cirurgia de adenóide para melhorar. Luz olhou o cartão de vacina da criança e elogiou a mãe por estar em dia e perguntou sobre o preventivo. A mãe do bebê relatou que fazia pelo plano de saúde mais que agora está sem plano e vai procurar fazer na US. Luz disse que podia deixar ela agendada para o exame com a enfermeira da ESF e a senhora relatou que pela manhã era melhor para ela ir à US fazer o exame. Luz perguntou pela sogra dela que mora nos fundos da casa e a senhora relatou que naquele horário ela estava dormindo e deixou com ela um bilhete com a data e horário do HIPERDIA (com a palestra do médico) para ela entregar para a sogra dela. Pediu para a senhora assinar a folha de visita e pediu para ela encomendar uma base para ela ir trabalhar mais bonita.*

*Saindo da casa Luz lembrou que havia uma família nova para cadastrar, eles haviam mudado para sua microárea há mais de um mês e estava na hora de realizar o cadastro deles. Luz chegou à casa da família para fazer o cadastro no Programa por volta das 15h40.*

*Luz apresentou-se como Agente de Saúde da ESF e pediu informações sobre a família (dados da ficha A) e explicou como as consultas são marcadas na US (explicou os dias e horários de marcação para os diversos profissionais da US: clínico geral, médico da ESF, ginecologista, dentista, psicólogo e fonoaudiólogo) e pediu para a senhora sempre levar o cartão SUS nas consultas. Luz perguntou se na família alguém possuía alguma doença, ou fazia uso de medicações e a forma que usavam. Luz anotou todas as respostas num caderno.*

*Luz sempre anota tudo no caderno para depois atualizar as informações na ficha A da família, pois tem medo de perdê-las ou danificá-las durante as visitas, afinal é um documento importante para a equipe de saúde.*

*Luz relatou a família que se tivesse um “tablet” não teria tanto papel para preencher. A senhora relatou ter hipertensão e Luz fez as orientações sobre a alimentação e uso correto dos medicamentos. Pediu para ela sempre manter a pressão arterial estável, também falou sobre o HIPERDIA e explicou que é um grupo de controle da hipertensão e que iria trazer uns folhetos explicativos para ela obter mais informações sobre a doença e alimentação. Luz explicou que visitará a família uma vez por mês e pediu para ela assinar a folha de visitas.*

*Luz saiu de sua décima primeira visita às 16h10 e iria realizar a última visita do dia. No caminho Luz encontrou uma mulher que pediu para ela conseguir uma receita de anticoncepcional injetável para ela. Imediatamente, aproveitou o encontro e pediu para ir a casa dela visitar as crianças e chegou por volta das 16h15. Perguntou sobre o preventivo e a mulher relatou que tem mais de ano que ela não faz, então combinou de ver um dia para agendá-la e também buscar informações sobre a receita dela para ela não ficar sem o anticoncepcional injetável. Luz perguntou se no documento dela tinha a identificação de que ela pertencia a ESF.*

*A identificação é um adesivo (bolinha vermelha) que as ACS colam no documento com o nome delas e da microárea para a recepção da US saber que aquela pessoa é cadastrada pela ESF e que o médico marcado é das vagas da ESF. O adesivo é colado no cartão SUS, documento de identidade, ou cartão da criança. Colou os adesivos, pediu para a mulher assinar a folha de visitas e terminou seu dia de trabalho às 16h30.*

*No retorno para sua casa Luz viu uma moça gritando muito em tom de desespero. Esta moça tinha acabado de sofrer um assalto a mão armada e estava aos prantos, então Luz chamou os vizinhos para socorrerem a moça e também acalmá-la. Em poucos minutos a rua estava cheia de pessoas, algumas curiosas com o ocorrido e outras indignadas e assustadas.*

*Luz viu de longe o bandido que tinha assaltado a moça e ficou muito angustiada, pois se tratava da mesma pessoa que tentou assaltá-la na semana passada quando ela estava voltando do trabalho. Naquele dia ele tentou roubar-lhe a bolsa. Entretanto o cunhado passava de carro no momento, percebeu que ela estava sendo assaltada e jogou o carro em cima do bandido. O cunhado dela é do tipo esquentado, e após o bandido ter caído no chão com o atropelamento bateu e recuperou a bolsa. Desde esse dia Luz tem medo de andar sozinha no bairro com medo de sofrer alguma vingança desse bandido.*

*Após o ocorrido Luz começou a tremer como se estivesse em pânico, talvez por medo de uma possível vingança. Uma moradora do bairro viu seu estado e tentou acalmá-la dizendo que os assaltos estão muito frequentes e que os donos do tráfico iriam dar um jeito nesse bandido e a rua terá paz novamente.*

*No bairro de Luz dizer que os donos do tráfico darão um jeito no bandido é sentenciar a morte do sujeito, com garantia de crueldade. Eles agem assim para demonstrar quem manda no bairro, inclusive quem pode roubar ou furtar ali dentro. A sentença de morte é um recado para os bandidos de outros bairros, é como se dissessem: - Não entre aqui, esse território já tem dono.*

*Apesar do ocorrido, foi um dia de trabalho bastante proveitoso. Ela conseguiu orientar os idosos, agendar preventivos, verificou alguns cartões de vacina, deixou recados para o grupo de HIPERDIA, cadastrou uma família nova, orientou uma gestante adolescente e amanhã fará tudo isso novamente ou mais, ou menos, pois tudo depende de como anda o povo.*

## 5.2 O trabalho prescrito dos ACS: a ficção

Na atualidade existem quatro legislações “vigentes” que norteiam as atividades dos ACS, conforme a Tabela 5.

**Tabela 5 - Legislações norteadoras do processo de trabalho do ACS**

Ano	Título	Fonte
1997	Portaria nº 1.886, de 18 de Dezembro de 1997. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa Saúde da Família	BRASIL, 1997b
2002	Portaria nº 44, de 03 de janeiro de 2002. Define as atribuições do Agente Comunitário de Saúde - ACS - na prevenção e no controle da Malária e Dengue	BRASIL, 2002a
2006	Lei 11.350, de 05 de outubro de 2006. Regulamenta o inciso 5º art.198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências	BRASIL, 2006b
2011	Portaria nº2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)	BRASIL, 2011
<b>TOTAL</b>		<b>04</b>

Essas legislações subsidiam o trabalho do ACS em todo território nacional, e descrevem as atividades que estes devem realizar em conjunto com a equipe de saúde e nos domicílio por meio das visitas domiciliares. Foram 14 anos de construção e avaliação das atividades necessárias para o exercício profissional até a última Portaria em 2011.

No entanto, percebe-se uma divergência da legislação quando em 1997, os ACS são “vedados” de realizarem atividades típicas do serviço interno das UBS de sua referência e a legislação subsequente e atual em 2011, permite que o ACS desenvolva outras atividades nas UBS, desde que vinculadas às atribuições relacionadas na mesma. O que favorece uma indistinção de qual é o verdadeiro trabalho do ACS no contexto da ESF, assim como uma possível distorção de suas atividades.

De acordo com a Tabela 6, diversos materiais educativos e informativos foram construídos ao longo desses anos, contextualizando o trabalho do ACS conforme o

cenário nacional transformava-se. Os primeiros materiais estavam voltados para a prevenção de doenças infecciosas como as imunopreveníveis, as DST/AIDS, e controle de endemias.

A partir de 2009, a atenção dos ACS foca-se principalmente ao acompanhamento e monitoramento dos grupos de risco conforme algumas áreas temáticas do Ministério da Saúde. São estas: saúde da criança, saúde do adolescente, saúde do adulto, saúde mental, atenção à pessoa com deficiência, orientações para a família com pessoas acamadas, violência familiar e controle de vetores.

Também é relacionada às principais ferramentas de trabalho do ACS através do livro **“O trabalho do agente comunitário de saúde”** (BRASIL, 2009c). São estas as fichas de cadastramento das famílias - Ficha A; fichas de cadastramento e acompanhamento da hipertensão arterial, diabetes, gestante, tuberculose e hanseníase – Ficha B; cópia das informações pertinentes do cartão da criança - Ficha C e registro de atividades, procedimentos e notificações - Ficha D. Demonstrando o importante papel do ACS em manter o registro dessas informações atualizadas para que se tenha um diagnóstico de situação de saúde atualizado.

**Tabela 6 - Materiais educativos e informativos direcionado ao trabalho do ACS**

<b>Ano</b>	<b>Título</b>	<b>Fonte</b>
	O Agente Comunitário de Saúde - ACS e sua contribuição para o Programa Nacional de Imunizações - PNI	Folder
1998	Prevenção e Controle das DST/HIV na Comunidade: Manual do Agente Comunitário de Saúde	BRASIL, 1998
2001	Aprendendo sobre AIDS e doenças sexualmente transmissíveis: livro da família	BRASIL, 2001
2002	Ações de controle de endemias: Malária. Manual para agentes comunitários de saúde e agentes de controle de endemias	BRASIL, 2002d
2006	Manual de anemia falciforme para agentes comunitários de saúde	BRASIL, 2006f
2006	O trabalho dos agentes comunitários de saúde na promoção do uso correto de medicamentos	BRASIL, 2006g
2009	O agente comunitário de saúde no controle da dengue	BRASIL, 2009a
2009	Guia prático do agente comunitário de saúde	BRASIL, 2009b
2009	O trabalho do agente comunitário de saúde	BRASIL, 2009c
2010	Tuberculose: informações para agentes comunitários de saúde	BRASIL, 2010a
<b>TOTAL</b>		<b>10</b>

Na Tabela 7, temos relacionadas as normas e manuais técnicos que direcionam as atividades da ESF com foco no trabalho em equipe e delegando atribuições para cada profissional que a compõe: enfermeiro, médico, técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde. Conforme o APÊNDICE C é observável que a maioria das atribuições dispostas necessita de algum tipo de treinamento prévio e contínuo, pois do contrário essas atividades ficarão no campo da ficção.

**Tabela 7 - Definição do papel do ACS nas Normas e Manuais Técnicos do Ministério da Saúde**

Ano	Título	Fonte
1997	Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial	BRASIL, 1997a
2002	Manual técnico para o controle da tuberculose	BRASIL, 2002c
2006	Ações de controle da Malária: manual para profissionais de saúde na atenção básica	BRASIL, 2006c
2006	Controle dos cânceres do colo de útero e da mama	BRASIL, 2006d
2006	Diabetes Mellitus	BRASIL, 2006e
2006	Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde	BRASIL, 2006h
2006	Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais	BRASIL, 2006i
2006	Obesidade	BRASIL, 2006j
2007	Envelhecimento e saúde da pessoa idosa	BRASIL, 2007
2008	Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose	BRASIL, 2008
2009	Saúde na Escola	BRASIL, 2009d
2010	Doenças respiratórias crônicas	BRASIL, 2010b
2012	Atenção ao pré-natal de baixo risco	BRASIL, 2012b
<b>TOTAL</b>		<b>13</b>



## 6 DISCUSSÃO

Na observação do dia a dia do trabalho dos agentes comunitários de saúde fica claro que as prescrições do trabalho do ACS são extremamente subjetivas. De acordo com Silva et al (2012) é nítida a importância do ACS como mediador entre o sistema de saúde e os usuários e existe a compreensão de que as atribuições que lhe são delegadas transcendem sua formação profissional.

Os ACS identificam na visita domiciliar oportunidades e estratégias para estabelecer uma relação de vínculo com os usuários e as famílias. É um espaço importante para a escuta das necessidades, para aproximação entre ambos, promovendo um melhor entendimento sobre as questões peculiares da família assistida naquele momento (BARALHAS; PEREIRA, 2011).

O dia a dia das ACS é repleto de ações institucionalizadas, como perguntar sobre a saúde das pessoas e monitoramento dos grupos de risco, e outras espontâneas, como ao perguntar sobre a situação das pessoas que compõem as famílias, como dificuldades, problemas de relacionamento familiar, com a criação dos filhos, dificuldades em encontrar um emprego. Enfim, atividades que extrapolam o campo da saúde, pois ele por si só não dá conta de todas as questões envolvidas na organização familiar. No relato abaixo, é clara essa relação que as ACS possuem com o usuário.

“Entramos na casa de uma idosa que sofreu um acidente doméstico (caiu da escada e fraturou o dedo da mão). A ACS perguntou como está a fisioterapia e ela disse que está fazendo, mais que sente muita dor depois do tratamento e por causa da dor não consegue fazer o serviço da casa. A idosa relatou que está usando parafina em casa igual usa na sessão de fisioterapia. A ACS perguntou sobre a família dela, as medicações de pressão e a idosa respondeu que está tudo bem e contou sobre o problema da filha que tem problema na tireóide e das dificuldades que anda passando na família e formas de enfrentamento. A ACS ouviu tudo atentamente [...] (DIÁRIO DE CAMPO, p. 7).”

Entretanto, Ferraz e Aerts (2005) alegam que a qualidade da relação entre o agente e a comunidade deve ser parcialmente atribuída ao tempo de sua residência no local e é tida como fator importante para sua integração, a empatia como sentimento recíproco entre ele e a família assistida.

Observa-se que existe, na prática do ACS, a preocupação com um atendimento de forma humanizada aos indivíduos e suas famílias, cujo enfoque é ofertar uma assistência direcionada à necessidade apresentada, já que este é visto com grande potencial para permitir a união entre os serviços de saúde e a comunidade. Porém, na prática de sua atuação, percebemos outra direção, na qual ainda predomina o modelo centrado na doença, fiscalizador e avaliado por medidas prescritivas (CARDOSO, NASCIMENTO, 2010; BARALHAS, PEREIRA, 2011).

Estas “prescrições” de cuidados encontram-se reforçadas pelas situações hierárquicas do Sistema de Saúde. Neste sentido as práticas educativas desenvolvidas para ensinar a comunidade o auto-cuidado e a adoção de estilos de vida saudáveis têm produzido uma normatização na vida das pessoas que por muitas vezes podem gerar conflitos e resistências de tais “orientações” (FERREIRA et al, 2009; CARDOSO, NASCIMENTO, 2010).

“A ACS perguntou a responsável pela família se ela fazia parte do grupo de ginástica, perguntou sobre seu esposo também. A responsável relatou que o esposo possui platina no joelho e que dói muito no tempo frio, e que ele sai e bebe bastante. A ACS relatou que o esposo dela é muito difícil de cuidar quando está doente. A ACS perguntou sobre as medicações e o exame preventivo, e a responsável disse que faz o exame preventivo e todos outros exames que precisa no plano de saúde particular. A ACS relatou que a comunidade gosta do atendimento da enfermeira, e que ela coleta preventivo de 15 em 15 dias e atende no final de semana, às vezes, para ajudar quem trabalha e que para marcar o atendimento a pessoa precisa ter o cartão SUS. A responsável relatou que talvez marcasse um exame de preventivo na US, a ACS pediu para ela assinar a folha de assinatura em 2 vias e comentou que tem muitos pacientes “rebeldes” que ela marca para consultar e eles faltam a consulta. Antes de ir embora a ACS perguntou se ela havia melhorado da tonteira e que podia ser glicose alta, mais a responsável disse que era emocional por causa do casamento do filho e que já havia melhorado (DIÁRIO DE CAMPO, p.5).”

Uma das atividades que causam resistência é o uso correto dos medicamentos, principalmente entre os portadores de diabetes e hipertensão arterial. Compreendendo a necessidade de superar esse desafio o Ministério da Saúde tem se preocupado em transformar os ACS em fomentadores do uso racional de medicamentos em suas comunidades. Esta afirmação pode ser evidenciada pela publicação pelo Ministério da Saúde da cartilha **“O trabalho dos agentes comunitários de saúde na promoção do uso correto de medicamentos”** (BRASIL, 2006g; LASTE et al, 2012).

As ACS pesquisadas realizam suas visitas domiciliares com foco nos instrumentos de coleta de dados do Sistema de Informação da Atenção Básica, eles precisam “produzir” informações através do preenchimento de diversas fichas, ora junto às famílias, ora na Unidade de Saúde.

“Luz relatou a família que se tivesse um “tablet” não teria tanto papel para preencher. A senhora relatou ter hipertensão e Luz fez as orientações sobre a alimentação e uso correto dos medicamentos. Pediu para ela sempre manter a pressão arterial estável, também falou sobre o HIPERDIA e explicou que é um grupo de controle da hipertensão e que iria trazer uns folhetos explicativos para ela obter mais informações sobre a doença e alimentação. Luz explicou que visitará a família uma vez por mês e pediu para ela assinar a folha de visitas.”

Essa “vigilância de informações” é tão importante que existem fichas específicas para os agravos e grupos de risco monitorados pelo Ministério da Saúde. A “ficha A” informa a idade, sexo, escolaridade e situação de saúde de todas as pessoas cadastradas no território, é preenchida por família. A “ficha C” é uma cópia do cartão de vacina da criança na qual o ACS irá monitorar a aplicação de vacinas até a criança completar seis anos de idade, acompanhar dados do nascimento, e crescimento para ter controle de quem está com a vacina em dia ou não, de quais estão com baixo peso, sobrepeso e está “normal” (BRASIL, 2003b).

Também existem as fichas dos hipertensos e diabéticos que controlam o uso do medicamento, o valor da pressão arterial, a realização de atividades físicas, o acompanhamento médico, etc. A ficha da Gestante que controla a realização das consultas de pré-natal, vacinação, situações de risco, data provável do parto e resultado da gestação. E por fim, as de tuberculose e hanseníase que monitoram o uso dos medicamentos, e realização dos exames dos contatos domiciliares (BRASIL, 2003b).

“Luz encontrou uma gestante adolescente no caminho [...] pediu para ver seu cartão de vacina e de gestante para saber se ela estava fazendo o pré-natal corretamente e também para verificar se as vacinas estavam em dia. Também pediu para ver os exames que ela havia feito no pré-natal. Luz conversou com a mãe e avó da moça e ia anotando as informações no caderno de visita domiciliar.”

Compreendemos que as tarefas das ACS abrangem diversos níveis de complexidade, inclusive da vigilância sanitária e epidemiológica. Apesar da

predominância de ações organizadas para grupos específicos, como crianças, hipertensos, diabéticos, e gestantes, que são objetos de coleta de dados pelo SIAB, é possível avaliar a que tendência do trabalho desse profissional está centrada atualmente, mais na esfera institucional do que na solidária e social (RODRIGUES; SANTOS; ASSIS, 2010; GALAVOTE et al, 2011).

Tal fato constrói um dilema na prática assistencial do ACS que se encontra dividido entre a dimensão técnica e a social do seu trabalho. Neste sentido a ESF por dar mais sentido a um determinado pólo, faz com que estes entrem em contradições ao realizarem suas tarefas o que constitui um entrave para as potencialidades da construção e fundamentação das propostas da ESF. Fato que posiciona este trabalhador em um espaço de indeterminações e incertezas no qual não há definições de competências, habilidade e saberes. E, por estar sempre na linha de frente do Sistema sem, contudo, estar capacitado na maioria das vezes para atender as inúmeras demandas cotidianas, considerando seu arsenal de ferramentas de trabalho demasiadamente restrito, há uma anulação do panorama amplo de representações e subjetividades apresentado no cotidiano de uma Unidade de Saúde da Família (GALAVOTE et al, 2011).

No relato abaixo a ACS constatou um “exagero” de uma mãe que possuía problemas de relacionamento com a filha adolescente e queria justificar-se pela relação conflituosa da filha colocando-a como “doente mental”, e após muita conversa com a mesma e sentindo-se impotente diante da mãe a ACS agenda a criança para a pediatra, para a mãe ter certeza de que ela é “normal”. Observamos neste caso que a ACS tentou realizar uma intervenção na família, através do diálogo e resgate do bom senso, no entanto para a ACS afirmar seu posicionamento ela precisa de um certificador, neste caso, uma consulta com pediatra. Neste sentido, afirma-se a hierarquia centrada no atendimento médico, e se todas as intervenções das ACS nas famílias necessitarem de uma certificação médica, como haverá a promoção da autonomia das pessoas na comunidade? Qual a função do ACS nesse processo?

“A mãe da adolescente gestante ficou queixando-se da outra filha de 12 anos dizendo que ela é problemática, que não gosta muito de conversar e que ela tinha levado a filha recentemente na APAE para saber se ela tinha algum

problema na cabeça. A APAE disse que a criança era normal, então ela levou a criança em um pastor que disse que está suspeitando de algum problema espiritual na criança. Luz ficou muito angustiada com o jeito da mãe tratar a filha como doente mental sendo a menina normal. Luz tentou explicar para a mãe que cada um tem um jeito de ser, que ela pode estar calada por estar com ciúme da irmã que está grávida, pois antes da gravidez elas sempre estavam juntas e brincando. Também explicou que a adolescência é uma fase muito difícil e que ela devia tentar ter mais paciência e tentar ser mais amiga da filha dela.[...] Ao final da visita, depois que conversaram bastante sobre os problemas daquela família a agente [...] disse a mãe que iria tentar agendar uma consulta com a pediatra para a menina problemática.”

Autores como Baralhas e Pereira (2011) concordam que as diretrizes e normas estabelecidas para as ações de saúde na comunidade funcionam como norteadoras desse processo de trabalho, contudo estão defasadas e não conseguem responder a questões mais subjetivas encontradas na assistência ao indivíduo, família e comunidade.

Fato que torna os agentes vulneráveis às flutuações de gestão dos municípios, estados e Governo Federal, traduzidos em inconstância e inconsistência na ideologia do desempenho do próprio papel perante as famílias e a comunidade, dificultando a inversão do modelo assistencial pautando na doença e na intervenção médica individual (BARALHAS; PEREIRA, 2011).

De acordo com Cardoso e Nascimento (2010), a forma hierarquizada dos serviços de saúde, pautada em critérios técnico-científicos traz consequências diretas ao desenvolvimento das atividades dos ACS. Estes muitas vezes reproduzem orientações técnicas recebidas no interior da equipe não considerando adequadamente suas percepções do contexto local ou as demandas das famílias que não correspondam às indicações e protocolos previamente definidos nas Unidades de Saúde. O que reflete uma maior valorização do saber científico e desvalorização das “vozes” da comunidade.

“Na sala da equipe de saúde a enfermeira estava advertindo e explicando às ACS sobre o relatório do Programa Bolsa Família que foi enviado mal preenchido este mês. [...] As agentes ficaram muito chateadas, pois relataram que o Programa nunca parou para explicar para elas como deve ser o preenchimento dos relatórios e que estes possuem muitos itens e que as vezes elas não conseguem ter precisão nas informações, [...]. O dado que foi errado da equipe referia-se a data da última menstruação de uma gestante. Na verdade as agentes deixaram esse item em branco, pois a gestante referida no relatório é usuária de drogas, não tem moradia fixa e ainda não iniciou o pré-natal, e mesmo as agentes tentando fazer a adesão dela ao pré-

natal, essa gestante não sabe informar com quantos meses de gestação está ou a data de sua última menstruação. A enfermeira pediu para as agentes buscarem informações com os vizinhos e colocar uma data aproximada. E ainda pediu para elas nunca enviarem o relatório com dados em branco, sob pena de receberem advertência. [...] No final da discussão concluíram que o que importa mesmo são os dados, reais ou fictícios, e que elas não vão receber advertência por causa de um relatório que elas não compreendem ao certo qual é a finalidade.”

É como relatada na observação acima. O profissional valorizou mais uma informação numérica, do que o contexto no qual esse “valor numérico” foi gerado. Cabendo-nos refletir qual o papel da ESF diante dessas situações, e qual postura esta deve ter para melhor solucionar os problemas que extrapolam o “eixo” do saber técnico-científico. Afinal que valor tem esse “saber” diante de um problema social? Qual o impacto de uma “intervenção numérica” neste contexto? Esse relatório vai ajudar a gestante a realizar o pré-natal, deixar de usar drogas, e encontrar uma moradia fixa?

Evidencia-se na maioria das regiões do país que os ACS iniciaram suas atividades sem nenhuma formação específica, apenas receberam informações básicas sobre “o que coletar” em suas visitas, ficando a “prática” e o “dia a dia de trabalho” responsáveis por ensinar o cotidiano dos seus trabalhos dependendo do bom senso e julgamento de cada um (CORIOLANO; LIMA, 2010).

Tal situação contradiz todas as legislações que estruturam o trabalho do ACS na ESF, já que um dos pré-requisitos para atuação é a realização do curso introdutório ou de formação inicial para que o mesmo tenha uma bagagem mínima de compreensão do seu processo de trabalho. A lei 11.350 de 5 de outubro de 2006, explica que o ACS deve preencher os seguintes requisitos para o exercício de suas atividades: residir na área da comunidade em que atuar, desde a data da publicação do edital do processo seletivo público; haver concluído, com aproveitamento, curso introdutório de formação inicial e continuada; e haver concluído o ensino fundamental (BRASIL, 2006b).

Há ainda outra contradição que é o nível de escolaridade considerado “suficiente” para a realização destas atividades. Será que este permite uma compreensão real de todos os ciclos de vida e as problemáticas existentes conforme os diversos

manuals e guias do Ministério da Saúde? E ainda sem a existência de um programa de educação continuada para esses temas?

O que se percebe nesses guias e manuais é que se o ACS tivesse como requisito de grau de instrução o nível superior ele ainda não iria conseguir atender todas as atribuições demandadas pelo Ministério da Saúde. Fato observável em nossa pesquisa, pois a ACS que possuía nível superior apresentava a mesma dificuldade para interpretação das tarefas que as demais que possuíam um nível de escolaridade menor. Antes da implantação do Pacto pela Saúde em 2006, o foco dos “manuais” era a prevenção de DST/AIDS, controle de tuberculose e controle de endemias como a Malária, ou seja, as doenças infecciosas.

Após 2006, o foco passou a ser ações programadas como controle dos cânceres de mama e colo de útero, hipertensão arterial, diabetes mellitus, promoção do uso correto de medicamentos, prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, obesidade, envelhecimento e saúde da pessoa idosa, anemia falciforme, dengue, esquistossomose, hanseníase, malária, tracoma, tuberculose, saúde na escola, doenças respiratórias crônicas, e por fim atenção ao pré-natal de baixo risco. Isso ampliou enormemente a quantidade de tarefas destes profissionais assim como a responsabilização fiscalizadora sobre a situação de saúde das famílias cadastradas.

Apesar de estes profissionais terem um bom nível de conhecimento para o comprimento de suas ações (as mais básicas), mediante ao que é estipulado como tarefa pela ESF, observamos que ainda falta instrumentalização para o exercício profissional do ACS (principalmente nas atividades mais complexas), dificultando o propósito principal do programa que é a melhoria da qualidade de vida da comunidade (BARALHAS; PEREIRA, 2011).

O SIAB faz a seguinte descrição conceitual sobre o “atendimento em grupo” ou “educação em saúde” para a efetivação dos registros neste sistema de informação:

**“Atendimento em Grupo - Educação em saúde** - número de atendimentos em grupo para desenvolvimento de atividades de educação em saúde. Considera-se como grupo para a realização de ações de educação em

saúde, aqueles que contam com, no mínimo, dez participantes e duração mínima de 30 minutos. Este procedimento pode ser realizado tanto por profissionais de nível superior como por aqueles de nível médio. **Não considere as atividades educativas realizadas pelos ACS** (BRASIL, 2003b, p.41, grifo do autor)".

A maioria das atribuições dos ACS é composta por atividades relacionadas com os programas desenvolvidas pelas unidades de saúde e tem caráter biomédico e individual. Mesmo existindo a necessidade de promover ações coletivas, os instrumentos de informação que devem ser preenchidos pelo ACS e que fazem parte do SIAB, não detalham este tipo de trabalho. Logo elas não são priorizadas pelo serviço. A ênfase do SIAB é feita sobre fichas que permitem a avaliação da produtividade baseada em ações individuais e indicadores de saúde.(CORIOLANO; LIMA, 2010).

"Chegamos à casa de uma senhora, a ACS perguntou sobre as medicações em uso, os tratamentos médicos e se ela estava com o preventivo em dia. A senhora pediu para a ACS agendar o preventivo para ela, pois ela está sem tempo de ir marcar o exame, agora ela toma conta de dois bebês e não tem mais tempo de sair de casa. A ACS ficou de agendá-la para a ginecologista que atende de manhã bem cedinho, assim ela faz o exame e pode tomar conta dos bebês. A ACS anotou os dados no caderno e ficou de retornar no outro dia para levar a ficha do agendamento da consulta (DIÁRIO DE CAMPO, p. 43)."

Neste contexto, o ACS organiza seu processo de trabalho no domicílio seguindo um cronograma de atividades da ESF, que copia um modo já tradicional de organização do processo de trabalho na rede de saúde, centrado nas ações programáticas, que classifica os grupos de risco mais comuns da microárea e indica os dias em que poderão atendê-los. Este modo de agir reproduz e amplia o modelo hegemônico, ao utilizar centralmente no desenvolvimento de suas atividades os saberes que se referem ao núcleo específico das profissões de saúde, mesmo que tenha como instrumento de atuação a educação sanitária. As ações e práticas educativas que desenvolvem têm como eixo as práticas de promoção e proteção à saúde, focadas nas patologias. (FERREIRA et al., 2009).

"Luz queria continuar convidando as pessoas que possuem hipertensão e diabetes mais não estava tendo muito sucesso, ela também tinha que convidar as mulheres para realizar o preventivo. Uma vez por mês a equipe escolhe uma data e faz o HIPERDIA, que é um dia voltado para o atendimento das pessoas com diabetes e hipertensão, no qual a equipe de saúde afere a pressão e glicose das pessoas, oferece orientações de saúde e também coletam dados para o SISVAN-HIPERDIA, que é um sistema de



informação voltado para o acompanhamento nutricional dos hipertensos e diabéticos cadastrados pela Unidade de Saúde.”

Diversos trabalhos evidenciam que a formação profissional do ACS é centrada no controle tecnológico da doença mantendo a reprodução da visão positivista, fragmentada e reducionista do modelo biomédico em sua prática, atuando, não raras vezes como “polícia sanitária”. Mesmo assim não há dúvidas de que o ACS possui um papel importante para a consolidação do SUS, pois, além de facilitar o acesso da população às ações e serviços de saúde mantém um elo entre as equipes de saúde e comunidade, fortalecendo as relações, facilitando o potencial diagnóstico das situações de risco e atuando como agentes de organização da comunidade para a transformação de suas condições de saúde (GOMES et al, 2010).

“A ACS perguntou sobre os medicamentos que eles estavam tomando e se a idosa consultou para pegar a nova receita de medicamentos. A idosa disse que não foi consultar e pegou a receita com as medicações em uso para a ACS verificar se ela está tomando os remédios corretamente (DIÁRIO DE CAMPO, p.41)”

“A ACS pediu o cartão da criança e perguntou se o bebê está fazendo acompanhamento com o pediatra. O bebê chupa dedo e a ACS orientou a mãe a tentar evitar esse hábito no bebê, pois pode causar má formação nos dentes (DIÁRIO DE CAMPO, p. 44)”

“Chegamos a casa de uma puérpera, e a ACS pediu o cartão do bebê para obter os dados do nascimento como peso, data do parto, etc para preencher a ficha de nascidos vivos (DIÁRIO DE CAMPO, p. 32).”

De acordo com Nunes et al. (2002) é necessário treinar os ACS para realizarem procedimentos técnicos como as medidas de peso e altura dos grupos monitorados pela ESF, verificação do estado de vacinação das crianças, como também o desenvolvimento de atividades educativas visando a implementação de atitudes saudáveis nas pessoas das comunidades, especialmente, no que se refere a hábitos higiênicos e alimentares. Tornando-se imprescindível o desenvolvimento e/ou incorporação de novas tecnologias em saúde, sob pena de comprometimento na qualidade e efetividades das ações desenvolvidas.

As ACS têm muita dificuldade para organizar as atividades em grupo na US, primeiramente por estas atividades não estarem efetivamente implantadas na rotina de atividades das ESF e por ser difícil a adesão e envolvimento dos outros profissionais da ESF nessas ações. Com isso elas acabam se apoiando em outros

profissionais para manterem certo “status” de grupo, ou utilizam-se dos profissionais da ESF como transmissores de conhecimento científico, que muitas vezes não são compreendidos pela população, seja pelo vocabulário técnico ou desconexão com a realidade do território.

“A ACS possui uma lista de frequência dos usuários que participam do grupo de atividades físicas (grupo de ginástica) regularmente nos dias de segunda, quarta e sexta. Existem 23 participantes regulares, porém sempre aparecem mais pessoas no grupo, principalmente das áreas descobertas do atendimento do ESF. O grupo acontece no horário das 7h às 8h com uma estagiária do curso de educação física (DIÁRIO DE CAMPO, p. 9).”

“A equipe estava organizando o HIPERDIA. A enfermeira e a técnica de enfermagem estavam aferindo a pressão arterial e glicose dos participantes e as ACS estavam registrando as informações no SISVAN-HIPERDIA e cartão de acompanhamento da pressão arterial dos participantes. O SISVAN-HIPERDIA é um formulário de acompanhamento dos hipertensos e diabéticos onde são anotados os dados para cálculo do IMC da pessoa, tratamento e exames, assim o profissional de saúde classifica o grau da hipertensão da pessoa e da gravidade da diabetes, mais essa parte não é feita pela equipe, elas apenas registram as informações. As ACS organizaram um café da manhã para todos os participantes mais o foco era os que vieram em jejum, assim eles não precisariam ter pressa para ir tomar café em casa e aguardariam a palestra com o médico. Depois de um tempo o médico chegou e apresentou-se para os participantes então ele fez tipo uma conversa e explicou sobre a alimentação mais adequada para a hipertensão e diabetes, sobre como manter o tratamento em dia, explicou sobre o uso do adoçante, e que tem muita gente que usa errado e pode prejudicar a saúde ao invés de melhorar. Também falou das complicações da diabetes como o pé diabético e a cegueira e por isso quem é diabético tem que ter um controle da glicose muito rigoroso. A enfermeira participou da conversa com o médico e eles juntos iam respondendo as dúvidas dos participantes e as ACS ficaram na “platéia” prestando atenção na “conversa”. No final da conversa o médico ofereceu-se para consultar quem estava precisando e alguns participantes foram consultar com ele (DIÁRIO DE CAMPO, p. 53).”

Autores como Galavote et al. (2011) compreendem que o trabalho em equipe, além de ser um espaço de ajuda mútua entre os profissionais, apresenta-se como potencial para o desenvolvimento de ações sociais diversas, como palestras, reuniões, trabalhos coletivos e ações educativas, reafirmando a necessidade de construção de novas propostas de trabalho que exijam e explorem a criatividade e as atividades comunitárias e em grupo, na busca de um novo paradigma de atenção.

Nesta perspectiva as atividades educativas desenvolvidas pelos ACS originam-se da percepção de que as proposições de mudanças de hábito e comportamentos terão várias formas de resistência pela comunidade. Torna-se então importante criar

alternativas como a promoção de outros tipos de eventos como passeios, cartazes e dramatizações (BORNSTEIN; STOTZ, 2008).

De acordo com Cardoso e Nascimento (2010), existe uma predominância nos espaços das reuniões de transmissão de informações como estratégia de comunicação, e que estas em sua maioria já estão elaboradas por outros níveis hierárquicos, ficando a equipe responsável apenas para executá-las (ou transmiti-las), como no caso dos álbuns seriados do Ministério da Saúde que possuem muito bem descritas todas as informações que devem ser “transmitidas” nas atividades de educação em saúde. O que mantém e reproduz formas tradicionais, verticais e autoritárias de comunicação. E também expressa relações de poder que persistem, apesar do discurso comprometido com a participação social no setor de saúde e na sociedade. Afinal qual o papel do usuário nas atividades de educação em saúde?

Em estudos como o de Imbrizi et al (2012) os ACS reconhecem que não tem formação ou preparo em técnicas de recrutamento, formação e coordenação dos grupos educativos, e que estes quase não acontecem na ESF devido despreparo técnico dos ACS, como também da dificuldade da população em aderir a proposta de grupos de atenção a saúde na comunidade.

O que vemos nas relações encontradas no trabalho das ACS, principalmente na realização das atividades em grupo, é a existência de uma desigual valorização social dos diferentes trabalhos, corroborando com a desigualdade entre os trabalhos realizados que se traduzem em relação de poder e hierarquia entre os trabalhadores das diversas áreas de atuação. Temos uma hierarquia que está vinculada a gestão, estrutura organizacional, áreas profissionais e diferentes trabalhos. Fato que gera “relações de mando e manutenção do *status que*, reproduzindo a divisão técnica-social dos modos de produção” (GALAVOTE et al, 2011, p.237).

A desvalorização material e simbólica reforçada pela hierarquia estabelecida dentro da ESF tende a obstar o exercício profissional do ACS que, nas reuniões com a equipe de saúde deveria ser o representante da população. Neste sentido, os lugares de interlocução mais centrais estão concentrados na fala do médico, do enfermeiro e do cirurgião-dentista, que assumem maior preponderância no espaço

discursivo no interior da equipe, com uma tendência à desvalorização e mesmo ao silenciamento das demais falas, inclusive as da comunidade (CARDOSO, NASCIMENTO, 2010; IMBRIZI et al, 2012).

Observamos nesta pesquisa que mesmo existindo uma tendência de “tecnificação” das ações e atos no trabalho das ACS, existe “algo a mais” além dos aspectos ligados especificamente à saúde e à educação. Percebemos o afeto em sua dimensão mais ampla. Conforme Buchabqui, Capp e Petuco (2006), o descreve com bastante clareza quando explicita que este afeto e o “deixar-se afetar” promove empatia, proximidade e carinho, havendo então uma “recusa” em reproduzir um distanciamento preconizado pelas ciências - tanto médicas quanto sociais -, e que este distanciamento cria diálogos burocráticos, frios e desprovidos de sentido simbólico.

“No caminho encontramos uma mulher que pediu para a ACS conseguir uma receita de anticoncepcional injetável, ela aproveitou o encontro e pediu para ir à casa dela visitar as crianças. A mulher aceitou a proposta e fomos à casa dela realizar a visita (DIÁRIO DE CAMPO, p. 50).”

Neste sentido, é na construção de vínculos, que se possibilita a promoção e a construção de processos de educação em saúde por parte do agente comunitário, e esta surgirá em face da proximidade, do contato corporal pleno de efetividade. O conceito de saúde e de fazer saúde amplia-se. Se antes fazer saúde era a promoção da autonomia e da emancipação social, da luta contra a exclusão e contra os processos que precarizam a vida, agora temos práticas efetivas, carinhosas, como componentes do extenso rol de ações sanitárias alinhadas com uma perspectiva política democrática e popular (BUCHABQUI, CAPP, PETUCO, 2006).

“Além da vigilância epidemiológica, dos cuidados com manejo das medicações receitadas, do acompanhamento dos casos de diabetes e hipertensão, da marcação de consultas, da articulação da rede comunitária, e de outras atribuições concernentes ao trabalho do agente, está inscrito o carinho, as doses maciças de abraços e toques, sem nenhuma contra-indicação (BUCHABQUI, CAPP, PETUCO, 2006, p. 34).”

Quando nos reportamos ao vínculo como elemento desencadeador de relações entre os sujeitos, inserindo-se neste contexto a oportunidade de oferecer uma assistência mais ampla temos que quando existe um caso de tuberculose e

hanseníase na área, isto gera transtornos na rotina do ACS, pois o serviço exige que o mesmo realize o “tratamento diretamente observado (TDO)”, no qual o ACS deve comparecer à casa do doente e verificar se o mesmo ingeriu a medicação corretamente quando o usuário é bem orientado, do contrário, ele mesmo supervisiona a ingestão do medicamento no domicílio todos os dias. O grande nó neste tipo de “atenção” é que o horário de trabalho do ACS é de segunda a sexta e o tratamento é diário por no mínimo seis meses, ou seja, ele tem que realizar as visitas inclusive nos finais de semana e feriados até o usuário obter alta do serviço. Neste caso o vínculo será a ferramenta para que o agente “consiga” seguir as prescrições e a ausência deste dificultará bastante esse tipo de supervisão (BRASIL, 2002c; BRASIL, 2008; BRASIL, 2010a).

“No final da visita a senhora relatou para Luz que tem uma pessoa da família dela com hanseníase e que ela está com medo de pegar. Também informou que essa pessoa está fazendo o tratamento corretamente. Luz explicou que quando a pessoa está tratando corretamente a doença ela não é transmitida, logo ela não deve ficar com medo e deve pedir para os contatos da pessoa com hanseníase fazerem uma avaliação na US de referencia do tratamento da hanseníase.”

No caso da tuberculose é esperado que o ACS seja capaz de identificar por meio de visitas domiciliares, os indivíduos que apresentam tosse por três semanas ou mais, e encaminhá-los aos serviços de saúde para investigação da doença. Também cabe ao ACS prover orientação sobre a doença às famílias e às comunidades, assim como o acompanhamento dos doentes durante o Tratamento Diretamente Observado (BRASIL, 2010a, CRISPIM ET. AL., 2012).

De acordo com Crispim et al. (2012) pesquisas nacionais revelaram que o conhecimento do ACS sobre a tuberculose era muito baixo, e que as ações relacionadas ao diagnóstico precoce e controle eram incipientes, de forma que a inclusão de parceiros da comunidade ou mobilização de equipamentos sociais para a busca de sintomático respiratório, bem como a orientação sobre a doença na comunidade são ações que “nunca” ou “quase nunca” são desenvolvidas no contexto da ESF.

O mesmo autor relata que para a ESF ter condições de se conformar, como eixo coordenador da APS, seria necessário um plano de investimentos permanentes na

formação e qualificação destes recursos humanos, assim como introdução de sistemas logísticos e de apoio ao processo de trabalho. No caso do ACS é necessário promover mudanças nos processos de trabalho consubstanciadas pela qualificação, valorização e motivação do ACS, em um contexto permanente de educação profissional (CRISPIM ET al, 2012).

Em relação à organização do trabalho dos ACS, constatamos que eles atuam permanentemente em seus respectivos territórios, independente do horário de trabalho institucionalizado das 8h às 17h. E que também utilizam recursos não institucionalizados para manter-se em contato com os usuários como as redes sociais (facebook), serviços de mensagem de texto (torpedo) e até mesmo encontros em seu meio social (igreja, ida a feiras e supermercados do bairro), e até mesmo fora de seu território, já que estes se tornam uma figura de representação na comunidade.

“A ACS relatou que anota o telefone dos pacientes cadastrados, assim elas podem ligar para desmarcar as consultas, quando isso acontece, usam o telefone da casa delas ou celular pessoal, assim evitam que o paciente venha desnecessariamente a US. No entanto, apesar de ser prático e conveniente para os pacientes, não são ressarcidas pelas ligações e essa ação é uma despesa que a prefeitura não paga (DIÁRIO DE CAMPO, p.9)”.

“Chegamos à casa de uma gestante, porém ela não estava em casa. A mãe da gestante disse que não podia nos receber, pois estava terminando de se arrumar para ir trabalhar. A ACS ficou sabendo da gravidez da moça pelo facebook, pois estava de férias e não estava realizando as visitas em sua microárea. A família tinha o telefone da ACS e disse que ligaria para a ACS se precisasse. A ACS também tinha o telefone da moça e ficou de ligar para ela para saber quando ela estaria em casa para então poder visitá-la e fazer o cadastro da gestante e iniciar o pré-natal (DIÁRIO DE CAMPO, p. 35).”

Se a maior parte do trabalho do ACS é desenvolvida na comunidade durante as visitas domiciliares, o fato de chegar à US às 7h, 9h ou 10h não faz diferença para a comunidade, pois a diferença acontece quando o ACS está na casa das famílias ajudando a resolver os problemas de saúde daquela população. Mesmo assim quando o ACS está na US, fazendo algum tipo de apoio ele demonstra ser mais prestativo para a população que os profissionais que ali atuam.

“A enfermeira pede para os ACS cheguem às 8h30 para não atrapalharem o trabalho dentro da US pois a coordenadora da US sente-se incomodada com a presença dos ACS. Sendo assim as ACS chegam às 8h30, assinam o livro

de ponto e vão para a área fazer as visitas e o ACS que for ficar atualizando a ficha. A fica no auditório da US. Por volta das 8h10 chegou uma usuária perguntando a ACS que horas que fazia o teste de glicose na US e a ACS informou que a enfermeira iria fazer o teste por volta das 8h30. A ACS comentou comigo que fica chateada com a recepção da US que não oferece informações corretas para as pessoas e estas ficam dando voltas e voltas no posto de saúde e às vezes saem sem resolver seus problemas (DIÁRIO DE CAMPO, p.2)."

É estranho aos nossos ouvidos a expressão que a presença do ACS dentro da US atrapalha o serviço dos demais. Estranho e incômodo, pois subentende que os próprios ACS não se sentem parte da US e acabam por aceitar esse distanciamento como algo natural. É como se o serviço da US fosse um atendimento totalmente desconectado do atendimento da ESF.

Autores como Sakata e Mishima (2012), perceberam em seus estudos que há certo receio por parte dos ACS em questionar e se posicionarem diante das situações e dos trabalhadores de nível universitário, já que o cotidiano de seu trabalho está permeado pelas relações de poder, hierarquia e desigualdades sociais. Em contrapartida também existe a dificuldade dos trabalhadores da ESF e US em lidarem com essas novas formas de cuidado, com a presença dos novos trabalhadores, que são os ACS, e dos novos atores, que são os usuários, que possuem o desejo de serem mais ativos em seus processos de trabalho e cuidado.

A gestão local, no caso o enfermeiro da ESF, precisa controlar o horário de chegada do profissional para garantir que ele estará trabalhando, e também para poder passar os informes do serviço para eles, resolver problemas e pendências. Neste sentido é compreensível que os ACS tenham um horário de chegada, pois a enfermeira exerce outras funções além da supervisão do trabalho do ACS, como por exemplo, consultas de enfermagem, atividades administrativas, etc.

"Luz costuma sair para visitar por volta das 9h da manhã, pois antes disso as famílias não costumam recebê-la. Então ela fica na Unidade de Saúde esperando dar a hora de sair. A enfermeira não gosta muito dessa espera e sempre pergunta por que ela e as outras agentes ainda não foram fazer as visitas. Nesse intervalo ela sempre ocupa o tempo fazendo diversas atividades. (...) atualiza o cadastro das famílias, faz relatórios da equipe, e conversa com suas colegas de trabalho (...)"

Apesar do ACS conviver com a rigidez da gestão e controle permanente do tempo, quando ele sai para realizar suas atividades é com a leveza (o afeto) que ele obterá tudo que precisa para ter um bom trabalho. São as famílias que ele irá ouvir, orientar, informar e tirar dúvidas que dão sentido a seu trabalho. Penso que ele ouve na comunidade o que ninguém da US quer ver ou saber, aí ele tenta traduzir isso em uma necessidade como por exemplo conseguir uma receita, e quando consegue a pessoa fica satisfeita e seu trabalho está sendo bem realizado.

“Às vezes, Luz auxilia o serviço de outros profissionais como da técnica de enfermagem ou fica na recepção da US, e até mesmo na farmácia dispensando medicamentos. Recentemente a coordenadora da Unidade de Saúde em reunião com a equipe solicitou a ajuda das agentes para substituírem, dentro de suas possibilidades de atuação e formação, os profissionais que tiveram os contratos reincidentes pelo município. Para não prejudicar o funcionamento da US a equipe concordou e todos os dias uma agente é escalada para realizar as atividades do profissional que está em déficit até o município repor. Quando Luz fica na Unidade de Saúde substituindo outro profissional, ela não visita as famílias na microárea e como consequência às vezes fica com muito serviço acumulado ou pendências a serem resolvidas.”

Quando o ACS fica dentro da US, ocupando seu tempo de trabalho com atividades alheias à sua função até dar o “tempo/hora” de fazer as visitas domiciliares e ser recebido pelas famílias, sua atividade é vista como ociosa. Porém, ele ocupa tantos desfalques assistenciais que, às vezes, realiza mais atividades dentro da US do que em seu território.

De acordo com Imbrizi et al (2012), o exercício das atribuições prescritas ao ACS estão sendo obstado em decorrência do pequeno número de funcionários que compõem a unidade, do grande número de famílias acompanhadas e do acúmulo de atividades administrativas nestes serviços. Sobrecarregando assim as atividades dos ACS.

Ainda de acordo com Imbrizi et al (2012), no que se tange às atividades administrativas, os ACS se queixam de que na prática funcionam como “entregadores”, que levam e trazem as informações entre o usuário e a US. Ficando mais absorvidos pela burocracia, no exercício de suas atividades, e deixando as visitas domiciliares se reduzirem a tarefas como a entrega de remédios, informações



sobre datas de exames, consultas e o recolhimento da assinatura do usuário na folha de visitas.

Corroborando com estes achados Queirós e Lima (2012) relatam que as novas atribuições e os problemas administrativos e de gestão como, por exemplo, a insuficiência de trabalhadores nas unidades para desempenhar atividades que são fundamentais para seu funcionamento, são algumas das barreiras que acabam produzindo desvios de função e aprisionamento do ACS na Unidade de Saúde.

Temos que estas “novas atribuições” têm afastado o ACS de práticas que traduzem o seu saber/fazer comunitário. “As novas competências a serem desenvolvidas por este trabalhador têm disputado o lugar/tempo com as ações que contribuem para a organização da comunidade” (QUEIRÓS; LIMA, 2012, p. 274).

“Ela possui a meta de visitar 12 famílias por dia de trabalho, nessas visitas ela recolhe a assinatura da família visitada através da folha de assinatura que também é utilizada para elas preencherem o Boletim Único de Produção – BUP relacionando os dias que realizaram visitas e as famílias. O BUP é entregue a enfermeira responsável pela equipe de ESF para fechar o relatório de produção mensal da equipe. Através dele a enfermeira sabe se o agente atingiu as metas de visita. Ela não é muito rigorosa em relação à meta atingida, pois compreende todas as adversidades que os agentes enfrentam no dia a dia principalmente agora com a falta de profissionais no município.”

A meta de visitas colocada pela gestão municipal de 12 visitas/dia é estimada para que ao final do mês o ACS possa ter visitado cerca de 240 famílias (considerando a média de 20 dias úteis trabalhados por mês). Subentende-se que este número é bem menor já que o número médio de famílias visitadas varia entre 130 e 216 nas equipes pesquisadas.

O dia a dia do ACS é repleto de imprevisibilidade como alterações do clima (chuva, alagamentos, sol excessivo), reuniões de última hora, atividades fora da programação da equipe como realização de busca ativa de algum caso na microárea (como tuberculose, hanseníase, câncer de mama, etc), e principalmente quando ele fica na US, substituindo a ausência de outros profissionais e deixa de estar em seu território visitando as famílias.

“Choveu bastante durante a noite e pela manhã, todas as ruas do bairro estão cheias de lama e poças d’água. Quando está chovendo as ACS ficam na US atualizando as fichas A. Elas estão reunidas na sala da enfermeira, onde assinam o livro de ponto e colocam a conversa em dia sobre os problemas pessoais e problemas das famílias (DIÁRIO DE CAMPO, p. 8).”

Estudos como o de Galavote et al (2011), observaram que na avaliação do processo de trabalho dos ACS, as visitas domiciliares se constituíram como a principal atividade básica no cotidiano, seguida pela normalização do ato de “assinar o ponto”, atendendo as normas institucionais, corroborando com nossos achados.

De acordo com Baralhas e Pereira (2011), existe uma preocupação importante por parte dos supervisores da ESF com a cobrança em relação ao seu desempenho dos ACS, que muitas vezes, está associado ao número de visitas realizadas. Porém essa preocupação com o cumprimento da solicitação quantitativa (quantidade de visitas realizadas) pode dificultar a prática de um trabalho mais apurado, comprometido com a qualidade da assistência. Entende-se que sem a credibilidade e a confiança das famílias e dos usuários perante o trabalho dos ACS, não há efetivação das ações em saúde. Neste sentido, estes profissionais destacam-se como grandes mediadores das tecnologias leves (BARALHAS, PEREIRA, 2011).

Na sua relação entre comunidade e equipe, o ACS refere-se a “ansiedade” quando se sente pressionado entre ambos. O fato de não haver a definição de uma tecnologia adequada às necessidades e finalidades do seu trabalho contribui para esse permanente foco de tensão entre as dimensões da prática. O que tende a hipertrofiação da dimensão técnica de localização institucional. (SILVA; DALMASO, 2002b).

Autores como Coriolano e Lima (2010) percebem que por falta de uma clara delimitação de suas atribuições, o papel do ACS tem sido distorcido sobrecarregando muitas vezes seu trabalho. Quase todas as ações que devem ser desenvolvidas nas famílias e na comunidade são atribuídas aos ACS. Isso tem implicação direta no processo inadequado de qualificação, pois o ACS passa a receber diversos micro-treinamentos, fragmentados, dados por diferentes programas fora do seu contexto e sem uma seqüência lógica. Dificultando ainda mais seu processo de trabalho e compreensão das atribuições delegadas.

Neste caso, o trabalho torna-se gerador de sofrimento, considerando a intensa cobrança que é transferida para esse profissional do dia a dia, sendo ela imposta pela própria unidade de saúde ou, mesmo, pela comunidade, que vê o agente como um elo entre ela e o serviço de saúde. O que gera, por si só, constantes enfrentamentos do agente com as limitações de seu campo de atuação e contribui para o sentimento de impotência e limite da atuação. (GALAVOTE et al, 2011).

Além do sofrimento pela intensa cobrança da gestão, o ACS convive com diversas dificuldades decorrentes da própria organização do trabalho como a sobrecarga, a falta de retaguarda institucional para ações desenvolvidas junto à população e o desgaste emocional gerado pelo intenso envolvimento com a população. As próprias características da prática do ACS favorecem e intensificam tal envolvimento, tornando-se quase que indissociável esse tipo de relação (KORLA et al, 2012).

A prática do trabalho do ACS, de acordo com Cardoso e Nascimento (2010), aproxima relações de afeto, amizade, ações técnicas e resolutivas, mas também inclui resistência, sensações desagradáveis e situações de conflito diante do desafio de integrar as cobranças realizadas pela equipe e as demandas apresentadas pelas famílias. Esta integração exige não apenas a mobilização do conjunto dos profissionais da equipe de saúde, mas também sua integração intersetorial, com a participação da sociedade e de outros seguimentos do poder público para que as ações em saúde realmente aconteçam (CARDOSO, NASCIMENTO, 2010).

Percebemos que muitas pessoas pedem receitas, remédios, exames, consultas para o ACS que tenta atender a todos os pedidos na medida do possível. Fortalecendo sua função de mediação entre o trabalho da equipe e a comunidade.

“A usuária reclamou que está um pouco doente e queria que a ACS marcasse uma consulta para a filha dela que teve bebê recentemente (DIÁRIO DE CAMPO, p. 20).”

“No caminho a ACS encontrou uma moradora de sua microárea que nem a cumprimentou, logo pedindo para marcar consulta (DIÁRIO DE CAMPO, p. 21).”

“No caminho encontramos uma senhora que pediu a ACS para trazer o médico da ESF para fazer uma visita na casa dela, também pediu receita das medicações de hipertensão, receita azul, e pediu para a ACS pegar tudo e levar na casa dela. A ACS explicou para a senhora que o médico iria fazer visitas domiciliares na próxima semana na microárea dela, mais que ela podia agendar uma consulta na US para obter essas receitas. A senhora disse que não podia ir na US por causa de um problema de coluna e que por causa dele não consegue andar até a US e insistiu para a ACS pedir para a Enfermeira fazer as receitas de hipertensão para ela. A ACS ficou de ver com a enfermeira se ela faz a receita de hipertensão para a senhora e de ver com o médico a receita azul (DIÁRIO DE CAMPO, p. 25)”

Os ACS tendem a assumir integralmente os problemas da comunidade, logo um dos entraves que comprometem a sua qualidade de vida é o desgaste por ser solicitado nos períodos fora do seu horário de trabalho como à noite em casos em que os moradores consideram urgentes, nos finais de semana e até mesmo nas férias. É muito difícil impor limites a essas situações (CORIOLANO; LIMA, 2010).

Apesar deles não conseguirem impor limites nessas situações, essa intimidade é essencial ao trabalho, e faz com que as famílias atendidas não consigam distinguir o papel profissional da pessoa que exerce. De acordo com Imbrizi et al (2012, p. 161) “a dificuldade de esclarecer seu papel como ACS para a população pode acarretar exigências que ultrapassam as atribuições dos agentes”.

Autores como Cunha e Frigoto (2010) demonstram que o trabalho do ACS caminha em “espiral”. Consideram que a espiral move-se sob o ritmo da urgência, e que a urgência impõe a necessidade de acumular ações e estabelecer um leque de interlocuções, buscando o sustento individual e familiar, a sustentação do processo de trabalho, e a sustentabilidade das ações.

Consequentemente é inegável que “dores e perdas” estão sob o olhar desses profissionais e eles sempre irão procurar dar algum tipo de resposta aos dramas que presenciam, sem terem muitos meios ou habilidades para isso. Porém, a todo o momento eles “exploram” seus traçados de vida, recuperam as práticas sociais e valores culturais inscritos em sua experiência histórica, aumentando os conhecimentos obtidos no processo de trabalho e fortalecendo as redes sociais que constroem. É como se produzissem um modo de trabalho cujos “segredos” permitem responder a “flexibilidade negativa” de sua função, traduzida nos contratos

temporários e a precariedade das condições na realização de seu trabalho e do território (CUNHA; FRIGOTO, 2010).

No geral os ACS possuem uma relação boa com a comunidade, no decorrer de suas atividades eles tentam explicar as formas das pessoas terem acesso ao serviço de saúde, para facilitar o acesso.

Contudo é possível perceber que há divergências nos modos de perceber e analisar as condições de vida da população pela equipe de saúde. De acordo com Imbrizi et al (2012), nas visitas domiciliares o ACS sente na própria pele as agruras e necessidades da população, ao passo que já enfermeiros e médicos escutam, e não necessariamente planificam uma ação a partir dos dados produzidos pelos ACS em seu encontro com as famílias. Essa diferença se deve principalmente aos “modos de olhar” e falta de vivência da situação por estes profissionais, permanecendo um contraste entre acompanhar o usuário em casa ou no consultório. São realidades distintas e muitas vezes passam despercebidas, demonstrando uma fragmentação, ou até mesmo ausência, do trabalho em equipe.

De acordo com Silva e Dalmaso (2002b), uma parte significativa dos ACS considera o seu trabalho gratificante, pois se sentem úteis e podem apoiar a população carente de “atenção”, porém esta atuação implica envolvimento pessoal e desgaste emocional. Neste sentido, espera-se do agente uma atuação no contexto social, de promoção da participação popular, e também na abordagem de problemas que escapam à dimensão estrita da saúde biológica como a violência.

“No retorno para sua casa Luz viu uma moça gritando muito em tom de desespero. Esta moça tinha acabado de sofrer um assalto a mão armada e estava aos prantos, então Luz chamou os vizinhos para socorrerem a moça e também acalmá-la. [...] Luz viu de longe o bandido que tinha assaltado a moça e ficou muito angustiada, pois se tratava da mesma pessoa que tentou assaltar ela na semana passada quando ela estava voltando do trabalho. Naquele dia ele tentou roubar a bolsa dela, no entanto o cunhado dela passava de carro no momento, percebeu que ela estava sendo assaltada e jogou o carro em cima do bandido. [...] Desde esse dia Luz tem medo de andar sozinha no bairro com medo de sofrer alguma vingança desse bandido. Após o ocorrido Luz começou a tremer como se estivesse em pânico, talvez por medo de uma possível vingança. Uma moradora do bairro viu o estado de Luz e tentou acalmá-la dizendo que os assaltos estão muito freqüentes mais que os donos do tráfico iriam dar um jeito nesse bandido e a rua terá paz novamente.”

A violência faz parte do cotidiano do trabalho do ACS, e ela apresenta-se de diversas formas como a física, psicológica e doméstica por exemplo. Nos territórios observados, a “violência” era evidente, por se tratar de uma região muito carente são freqüentes os assaltos, disputas de território para o tráfico de drogas, “toques de recolher”, ameaças a moradores, sensação de medo, insegurança, e impotência diante de um problema em que o Estado encontra-se “ausente”. E o fato de trabalhar como ACS não as “blinda” dessas violências.

Os problemas absorvidos da comunidade na qual vivem e trabalham as ACS são amplos. Abrangem desordens biológicas, questões sociais, de miséria, conseqüentemente em algumas ocasiões haverá a adoção de uma posição ativa de rede de apoio, enquanto em outras ocupará uma posição passiva não encontrando soluções favoráveis para minimizar a situação desfavorável da população adscrita. Por outro lado algumas situações de violência na comunidade passam a fazer parte do cotidiano sendo necessária a “formulação de estratégias de aliança, proteção e solidariedade para enfrentar os riscos aos quais estão expostos” (CORIOLANO; LIMA, 2010, p. 95).

Então as ACS encontram suas estratégias e formas de enfrentamento. Quando a microárea é considerada de risco, ou a família (principalmente quando é nova no território) elas realizam suas visitas em dupla ou trio como forma de proteção e tentativa de “inibir” algum tipo de assédio ou violência já que além de ficarem expostas o dia inteiro no trajeto das visitas ainda são todas do sexo feminino. Era freqüente o assédio moral por parte de moradores do sexo masculino a estas profissionais, principalmente as mais jovens.

“No caminho a ACS cumprimentou o bicheiro do bairro que disse para ela que o dia estava mais bonito porque via ela passeando no bairro (DIÁRIO DE CAMPO, p. 25)”.

De acordo com o bom senso de cada uma elas não entravam nas casas das famílias consideradas de risco ou morador (ex. fugitivo da justiça), e evitavam visitar essas casas, e quando iam davam todas as informações na rua de preferência no horário mais movimentado como forma de “proteção” e segurança pessoal. Não dá para

“prever” o que pode acontecer durante essas visitas de risco, e neste quesito considere as ACS bastante prevenidas. O fato de trabalhar em uma microárea ou bairro distante do seu território de origem dificulta muito mais essa análise, pois a ACS não tem a rede social para apoiá-la na tomada dessas decisões. Geralmente quando uma família ou morador é considerado de risco, os próprios vizinhos informam as ACS e pedem para elas terem cuidado.

“Paramos em frente a uma casa para visitar um homem que teve um de seus pés amputados recentemente. Este homem é catador de lixo, sofreu um acidente e por falta de higiene infeccionou o pé, teve vários bichos de pé e por fim teve que amputá-lo. Era um caso muito complicado e a ACS conversa com ele todos os dias quando passa em frente à casa dele, pede para ele ter cuidado com pé, para lavar o pé todos os dias, passar as pomadas que o médico prescreveu, pergunta como ele está se sentindo. Porém o homem não dá muita importância para a ACS e no momento da visita estava com a perna bastante suja e com odor forte. A ACS havia ficado de levar a assistente social para visitá-lo, porém a Prefeitura não renovou o contrato da assistente social e a equipe estava sem profissional, havia um agravante para o caso devido ao fato deste homem ser mediador do tráfico de drogas na região, a casa dele era o ponto de distribuição, sendo assim a ACS por segurança só conversa com ele na rua e não tenta ter nenhum tipo de intimidade ou proximidade pois como ela mesma diz não se sabe exatamente o que esperar dessas pessoas, na dúvida é melhor esperar o pior e se prevenir, mais o caso é de dar pena (DIÁRIO DE CAMPO, p. 42).”

Informações como as do relato acima, permitem uma reflexão sobre a complexidade do trabalho dos ACS, uma vez que ele não está retratado nas competências institucionalizadas pelos protocolos e normas do Ministério da Saúde e da Secretaria Municipal de Saúde. O ACS fica exposto, no seu cotidiano, a situações de risco decorrentes das distintas formas de manifestações da violência sem, contudo, ter acesso a ferramentas de enfrentamento. O bom senso é a ferramenta mais utilizada nesses casos (GALAVOTE et al, 2011).

Percebemos, a partir desta análise, que existe a necessidade de “espaços de cuidados” e suporte para esses profissionais de saúde, já que estes se encontram sobrecarregados com os problemas cotidianos, mas principalmente com as dificuldades de reatuação articulação da rede e da estrutura em que atuam, corroborando com os achados de Korla et al (2012).

“Vimos um rapaz perdido perto da casa da ACS aparentando ter transtorno mental. Ele estava falando e gesticulando sozinho e a ACS comentou que já tem uns três dias que ele está perambulando pelo bairro mais não sabe de

onde ele é e ficou com medo do rapaz ser agressivo (DIÁRIO DE CAMPO, p. 22).”

“A ACS perguntou sobre o adolescente com transtorno mental e quando começou a falar com ele, ele saiu de dentro de casa, estava agitado. O idoso relatou que ele não faz tratamento, não tem estudo e está agitado porque queria trabalhar e ganhar dinheiro para comprar coisas para ele e por isso ele ficava com um carrinho de mão na rua pedindo para ajudar as pessoas a carregar as coisas, ajudar a carregar lixo, etc. A ACS ouviu atentamente tudo que a família contou pacientemente e perguntou se eles não podiam inscrever o adolescente no Pró-Jovem, mais o idoso falou: - Como ele vai estudar e fazer curso se ele nem sabe ler? A ACS ficou sem palavras mais deu a ideia dele fazer um curso de alfabetização de adultos, mais o idoso novamente falou: - Mais tem professor que atura ele? Ele é muito agitado não vai conseguir prestar atenção, e concluiu que o atendimento de saúde mental no município não funciona. A ACS sentiu-se impotente diante da situação, desistiu de conversar sobre o adolescente e perguntou sobre outro familiar (DIÁRIO DE CAMPO, p. 14)”

Os ACS reconhecem o sofrimento psíquico pelos quais familiares passam e sabem que envolvê-los no cuidado como sujeito ativo auxiliará na inserção das pessoas com transtornos mentais no convívio com a sociedade, porém eles possuem receio de se inserir na dinâmica familiar, pois não se sentem capacitados para atenderem as pessoas com transtorno mentais por falta de cursos e treinamentos (WAIDMAN; COSTA; PAIANO, 2012).

Existe um “desvalor” atribuído a saúde mental. Apesar da problemática ser importante, ela não é visível, não consta em “programas” institucionalizados, logo não possui prioridade (WAIDMAN; COSTA; PAIANO, 2012).

De acordo com Waidman, Costa e Paiano (2012), um estudo sobre o cuidado à pessoa com transtorno mental na atenção básica constatou que os ACS são os profissionais da ESF que tem uma postura mais cordial, efetiva e compreensiva, o que facilita a relação, a construção de vínculo e o estabelecimento de uma comunicação interpessoal efetiva com esses usuários.

O ACS atuando nessa área ainda tem carência de treinamento específico, que precisa ser dinâmico e pautado na realidade vivenciada por cada comunidade, possibilitando o enfrentamento de conflitos presentes no exercício da assistência desses profissionais (WAIDMAN; COSTA; PAIANO, 2012).



Em 2013, o Ministério da Saúde criou o curso de “Capacitação em Saúde Mental para os Agentes Comunitários de Saúde” com 5.000 vagas distribuídas em todo país, no intuito instrumentalizar esses profissionais. No entanto ainda não podemos dimensionar os efeitos na assistência desse tipo de intervenção.

## 7 TECENDO POSSÍVEIS CONCLUSÕES

A pesquisa evidenciou que existe uma profunda diferença entre o trabalho prescrito e o trabalho real realizado pelas ACS pesquisadas. Entendemos que estas dificilmente conseguirão realizar todas as atividades prescritas em vista da quantidade de normas, manuais técnicos, livros, etc., que orientam, mas que ao mesmo tempo, “desorientam” seu processo de trabalho considerando toda a “desconexão” desses materiais com o trabalho real prestado pela ESF. Ainda não temos um contexto de educação permanente que facilite a compreensão de todos estes materiais pelas ACS, e pelo observado nesta pesquisa a equipe de saúde não está sendo um facilitador para que haja compreensão e interação dessas propostas de “atenção a saúde” com o serviço ofertado.

Isso não significa que o trabalho das ACS não está sendo bem realizado de acordo com a proposta da Atenção Básica. Temos o contrário, mesmo não “dando conta” de tantas prescrições, com criatividade, bom senso, afeto, vínculo comunitário e desejo de transformar a realidade em que vivem, estas profissionais conseguem ir “além das prescrições” construindo toda uma forma de “ser e trabalhar” como agente comunitário de saúde que não está descrito em normas e manuais, mas está no reflexo de uma atenção humanizada, focada na família e na realidade daquele território.

O SUS construiu uma categoria profissional que hoje, é a “pedra fundamental” que estrutura todo o trabalho da atenção básica no contexto da ESF. Eles conseguem alcançar territórios, problemáticas, discussões antes inimagináveis pelo Sistema de Saúde. É inegável a contribuição que estes trabalhadores têm oferecido ao serviço. O fato de existir a possibilidade de “escuta” entre a população atendida e o serviço oferecido já é um ganho imenso para a construção de novos olhares sobre o “fazer saúde”. Basta apenas que os serviços “ouçam” estes profissionais e acolham a realidade presente como forma de garantir uma assistência verdadeira e eficaz.

Autores como Cunha e Frigoto (2010), retratam os ACS como uma “instituição em movimento” partindo do pressuposto que tudo passa, governos mudam alterando

por completo os programas e serviços públicos, e os ACS são efetivamente uma referência. São eles que darão enraizamento àquilo que é temporário e precário. Eles carregam no seu dia a dia todas as outras instituições e por isto não apenas os moradores recorrem a eles, mas também agentes de outros cenários.

Por fim, consideramos que o dilema existente entre o trabalho prescrito e o trabalho real sempre existirá, e é muito bom. Se por um lado as prescrições demonstram toda “dureza” com uma preocupação em melhorar os níveis de saúde da população, elas são necessárias para orientar as atividades dos serviços de saúde. Por outro lado a vivência desses profissionais em toda sua “realidade” demonstra que existem outras formas de se “fazer saúde” que não estão institucionalizadas, que são baseadas em vínculos, tecnologias leves, e afeto.

O trabalho em saúde precisa de afeto, empatia e o trabalho das ACS têm demonstrado que isso é possível e viável. A grande questão que nos cerca e encerra esta análise é: - Por que este trabalhador encontra-se “ainda” desconectado dos outros trabalhadores (principalmente de nível superior), silenciado pelos gestores locais e equipe de saúde, e sub-utilizado dentro da ESF?

A ferramenta mais eficaz que o SUS possui para a reestruturação desta “desconexão” é a educação permanente que se encontra ofuscada por questões gerenciais, burocráticas e financeiras dos municípios brasileiros, cujo foco é aumentar a cobertura dos atendimentos da ESF e conseqüentemente a permeabilidade da Atenção Básica.

Existe um descompasso marcante entre as atividades dos ACS e a organização do trabalho na ESF. O que posiciona o “trabalho em equipe” como “elo” urgente e necessário para a conexão de todos os membros da ESF com a realidade local, não desvinculando as ações de saúde do contexto social que os cerca.

## 8 REFERÊNCIAS

ABRAMIDES, M. B. C.; CABRAL, M. S. R. Regime de acumulação flexível e saúde do trabalhador. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 17, n. 1, p.3-10, mar. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/spp/v17n1/v17n1a01.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2012.

ALVEZ-MAZZOTTI, A. J. O método nas ciências sociais. In: ALVEZ-MAZZOTTI, A. J. **O método nas ciências naturais e sociais**. São Paulo: Pioneira, p. 109-146, 1999.

ANGROSINO, M. **Etnografia e Observação Participante**. Porto Alegre, Artmed, 2009. 138p.

ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho**. São Paulo: Cortez, 1995.

BARALHAS, Marilisa; PEREIRA, Maria Alice Ornellas. Concepções dos agentes comunitários de saúde sobre suas práticas assistenciais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p.31-46, 2011.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: edições 70, 1977.

BAUER, M. B.; GASKEL, G. (orgs). **Pesquisa Qualitativa com texto, imagem e som – Um manual prático**. Cap.3. Petrópolis, Vozes. 2002.

BORNSTEIN, Vera Joana; STOTZ, Eduardo Navarro. Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p.259-268, 2008.

BRASIL(a). Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília. Ministério da Saúde, 1997. 36p.

BRASIL(b). Portaria nº 1886, de 18 de dezembro de 1997. **Aprova As Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família**.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. **Prevenção e Controle das DST/HIV na Comunidade: Manual do Agente Comunitário de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. 80p

BRASIL. Decreto-Lei nº 3.189, de 4 de outubro de 1999. **Fixa diretrizes para o exercício da atividade de Agente Comunitário de Saúde (ACS), e dá outras providências**.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. **Aprendendo sobre AIDS e doenças sexualmente transmissíveis: livro da família**. 3.<sup>a</sup> ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 84p.

BRASIL(a). Portaria nº 44, de 3 de janeiro de 2002. **Define As Atribuições do Agente Comunitário de Saúde – Acs – na Prevenção e no Controle da Malária e da Dengue**.

BRASIL(b). Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002. **Cria a profissão do agente comunitário de saúde e dá outras providências**.

BRASIL(c). Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual técnico para o controle da tuberculose: cadernos de atenção básica**. 6°. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL(d). Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Ações de controle de endemias: malária: manual para agentes comunitários de saúde e agentes de controle de endemias**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 104p.

BRASIL(a). **Documento Final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL(b). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **SIAB: manual do sistema de Informação de Atenção Básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Parecer CNE/CEB nº 19, de 8 de julho de 2004. **Proposta de habilitação técnica para a profissão de agente comunitário de saúde**.

BRASIL (a). Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).**

BRASIL(b). Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006. **Dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº. 51, de 14 de fevereiro de 2006 e dá outras providências.**

BRASIL(c). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Ações de controle da malária: manual para profissionais de saúde na atenção básica.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 52 p

BRASIL(d). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL(e). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006, 64 p.

BRASIL(f). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual de anemia falciforme para agentes comunitários de saúde.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 16p

BRASIL(g). Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **O trabalho dos agentes comunitários de saúde na promoção do uso correto de medicamentos.** 2. ed. rev. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 72 p.

BRASIL(h). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 58 p.

BRASIL(i). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 56 p.

BRASIL(j). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Obesidade.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 108 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 192 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Vigilância em Saúde: **Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose**. 2. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 197 p.

BRASIL(a). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **O agente comunitário de saúde no controle da dengue**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 36 p.

BRASIL(b). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do agente comunitário de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 260 p.

BRASIL(c). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O trabalho do agente comunitário de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 84 p.

BRASIL(d). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na escola**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 96 p.

BRASIL(a). Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Tuberculose: informações para agentes comunitários de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 27 p.

BRASIL(b). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Doenças respiratórias crônicas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 160 p.

BRASIL. Portaria nº 2488, de 21 de outubro de 2011. **Aprova A Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de Diretrizes e Normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**.

BRASIL(a). Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.

BRASIL(b). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília. Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318 p.

BRITO, J. C. Trabalho Prescrito. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Epsjv, p. 440-445, 2008a.

BRITO, J. C. Trabalho Real. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Epsjv, p. 453-459, 2008b.

BUCHABQUI, Jorge Alberto; CAPP, Edson; PETUCO, Dênis Roberto da Silva. Convivendo com Agentes de Transformação: a interdisciplinaridade no processo de ensino. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p.32-38, jan/abr, 2006.

CARDOSO, Andréia dos Santos; NASCIMENTO, Marilene Cabral do. Comunicação no Programa Saúde da Família: o agente de saúde como integrador entre a equipe e a comunidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15 (supl 1), .1509-1520, 2010.

CARDOSO, L. A.. A categoria trabalho no capitalismo contemporâneo. **Tempo Social: revista de sociologia da USP**, São Paulo, v. 23, n. 2, p.265-295, nov. 2011.

CHIESA, A. M.; FRACOLLI, L. A. O Trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde nas grandes cidades: análise do seu potencial na perspectiva da Promoção da Saúde. **Rev. Bras. de Saúde da Família**. Edição Especial, p.42-49, 2004.

COHN, Amélia; ELIAS, Paulo E.. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços**. 5. ed. São Paulo: Cortez: Cedec, 2003. 133 p.

COHN, A. **Saúde da família e SUS: convergências e dissonâncias**. Rio de Janeiro: Beco do Azogue; São Paulo: CEDEC, 2009. 223p.

CORBO, A. D.; MOROSINI, M. V. G. C.; PONTES, A. L. M.. Saúde da família: construção de uma estratégia de atenção à saúde. In: MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D. **Modelos de Atenção e a Saúde da Família**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. p. 69-106.



CORIOLOANO, Maria Wanderleya de Lavor; LIMA, Luciane Soares de. Grupos Focais com Agentes Comunitários de Saúde: subsídios para entendimento destes atores sociais. **Rev. Enferm. Uerj**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p.92-96, jan/mar. 2010.

COSTA, Samira Lima da; CARVALHO, Emílio Nolasco de. Agentes Comunitários de Saúde: agenciadores de encontros entre territórios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p.2931-2940, 2012.

CRISPIM, Juliane de Almeida et al. Agente Comunitário de Saúde no controle da tuberculose na Atenção Primária à Saúde. **Acta Paul Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 25, n. 5, p.721-727, 2012.

CRUZ NETO, Otávio. **Grupos focais e Pesquisa social: o debate orientado como técnica de investigação**. Rio de Janeiro. Editora FIOCRUZ, 2001.

CUNHA, Marize Bastos da; FRIGOTTO, Gaudêncio. O trabalho em espiral: uma análise do processo de trabalho dos educadores em saúde nas favelas do Rio de Janeiro. **Interface: comunicação saúde educação**, Botucatu, v. 14, n. 35, p.811-8263, out/dez. 2010.

DANIELLOU, F.; LAVILLE, A.; TEIGER, C. Ficção e realidade do trabalho operário. **Rev. Brasileira de Saúde Ocupacional**, nº 66, vol. 17, p. 7-13, 1989.

Departamento da Atenção Básica - DAB (Org.). **Histórico de Cobertura da Saúde da Família**. Disponível em:  
<[http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico\\_cobertura\\_sf.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php)>. Acesso em: 25 fev. 2014.

FARIA, H. X.; ARAUJO, M. D. Uma perspectiva de análise sobre o Processo de Trabalho em Saúde: produção do cuidado e produção dos sujeitos. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 429-439, 2010.

FARIA, H. X.; DALBELLO-ARAÚJO, M. Análise coletiva do processo de trabalho: reflexões pertinentes. **Rev. APS**, v. 14, n. 2, p. 229-232, 2011.

FARIA, H. P. et al. **Processo de trabalho em saúde**. 2ª Belo Horizonte: Editora Coopmed, 2009. 72 p.

FERRAZ, Lucimare; AERTS, Denise Rangel Ganzo de Castro. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 10, p.347-355, 2005.

FERREIRA, M. C.; BARROS, P. C. R. (In)Compatibilidade Trabalho Prescrito - Trabalho Real e Vivências de Prazer-Sufrimento dos Trabalhadores: Um diálogo entre a Ergonomia da Atividade e a Psicodinâmica do Trabalho. **Rev. Alethéia**, Ulbra, Canoas-RS, p. 1-20, 2003.

FERREIRA, Vitória Solange Coelho et al. Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p.898-906, abr. 2009.

FERREIRA, Virgílio Moraes; RUIZ, Tania. Atitudes e conhecimentos de agentes comunitários de saúde e suas relações com idosos. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 5, p.943-949, 2012.

FLICK, U. **Desenho da Pesquisa Qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009a. 164p.

FLICK, U. **Introdução à Pesquisa Qualitativa**. 3ª Ed., Porto Alegre: Artmed, 2009b. 405p.

FRANCO, T. B.; As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs). **Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**; Rio de Janeiro, CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2006.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde. *Rev. Tempus – Actas de Saúde Coletiva*, v. 6, n. 2, p. 151-163, 2012. Disponível em: <http://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/1120>

GALAVOTE, Heletícia Scabelo et al. Desvendando os processos de trabalho do agente comunitário de saúde nos cenários revelados na Estratégia Saúde da Família no Município de Vitória (ES, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p.231-240, 2011.

GOMES, Karine de Oliveira et al. O Agente Comunitário de Saúde e a consolidação do Sistema Único de Saúde: reflexões contemporâneas. **Phisys: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p.1143-1164, 2010.

GRUBITS, S.; NORIEGA, J. A. V. **Método Qualitativo: epistemologia, complementaridades e campos de aplicação**. São Paulo: Vetor, 2004. 243p.

IMBRIZI, Jaquelina Maria et al. Condições de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: relato de experiência de extensão universitária com agentes comunitários de saúde. **Cadernos de Psicologia Social e Trabalho**, São Paulo, v. 15, n. 1, p.153-169, 2012.

KLUTHCOVSKY, Ana Cláudia Garabelli Cavalli; TAKAYANAGUI, Angela Maria Magosso. O agente comunitário de saúde: uma revisão de literatura. **Rev. Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 6, p.0-0, nov/dez, 2006.

KORLA, Mirna Yamazato et al. Grupo com Agentes Comunitárias: A Construção de Novas Possibilidades do Cuidar. **Psicologia, Ciência e Profissão**, Brasília, v. 32, n. 2, p.506-515, 2012.

LASTE, Gabriela et al. Papel do agente comunitário de saúde no controle do estoque domiciliar de medicamentos em comunidades atendidas pela estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 5, p.1305-1312, 2012.

MARX, K. **O Capital**. 14<sup>o</sup> ed. São Paulo: Difel, vol.1, 1994.

MERHY, E. E. **Em Busca do Tempo Perdido**: a micropolítica do trabalho vivo em ato. São Paulo: Hucitec, 1997.

MERHY, E. E. **Saúde: Cartografias do Trabalho Vivo**. São Paulo; Hucitec; 2002.

MERHY, E. E. et al. **O TRABALHO EM SAÚDE**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 3<sup>a</sup> ed. São Paulo: Hucitec, 2006. 295 p.

MINAYO, M, C de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. Ed. HUCITEC, 11<sup>a</sup> ed. 2008.

MOREIRA, H.; CALEFFE L. G. **Metodologia da pesquisa para o professor pesquisador**. RJ:DP&A, 2006.

MOURA, M. L. S. **Manual de Elaboração de Projetos de Pesquisa**. Rio de Janeiro: EDUERJ, 1998.

NASCIMENTO, G. M.; DAVID, H. M. S. L. Avaliação de risco no trabalho dos agentes comunitários de saúde: um processo participativo. **Rev. Enfermagem: UERJ**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 16, p.550-556, out./dez. 2008.

NOGUEIRA, R. P. O trabalho em saúde: novas formas de organização. In: NEGRI, B.; FARIA, R. & VIANA, A. L. D. (Orgs.) Recursos Humanos em Saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho. Campinas: Unicamp/IE, 2002.

NUNES, Mônica de Oliveira et al. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p.1639-1646, nov/dez 2002.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **El agente de salud comunitário – Guia de trabajo, pautas para la capacitación, pautas para adaptar la guía.** Ginebra, 1987.

PAIM, J. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **TheLancet.com.**, p. 11-31, mai, 2011. Disponível em: <<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>> Acesso em: 03 de abril de 2014.

PEDUZZI, M.; SCHRAIBER, L. B. Processo de Trabalho em Saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde.** 2ª ed. Rio de Janeiro: Epsjv, p. 320-328, 2008.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CARIACICA. [documento técnico]. **Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde:** Oficina 2 - Diagnóstico Situacional do município de Cariacica - ES. Cariacica: Secretaria Municipal de Saúde de Cariacica, 2010. 32 p. (Dados atualizados pelo autor em 2013).

REIS, V. M.; DAVID, H. M. S. L. O fluxograma analisador nos estudos sobre o processo de trabalho em saúde: uma revisão crítica. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 13, n. 1, p. 118-125, jan/mar, 2010.

QUEIRÓS, Agleildes Arichele Leal de; LIMA, Luci Praciano. A institucionalização do trabalho do agente comunitário de saúde. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p.257-281, jul/out, 2012.

RODRIGUES, Ana Áurea Alécio de Oliveira; SANTOS, Adriano Maia dos; ASSIS, Marluce Maria Araújo. Agente comunitário de saúde: sujeito da prática em saúde bucal em Alagoinhas, Bahia. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p.907-915, 2010.

SAKATA, Karen Namie; MISHIMA, Silvana Martins. Articulação das ações e interação dos Agentes Comunitários de Saúde na equipe de Saúde da Família. **Rev Esc Enf Usp**, Ribeirão Preto, v. 46, n. 3, p.665-672, 2012.

SCHRAIBER, L. B. et al. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p.221-242, 1999.

SILVA, E. L; MENEZES, E. M; **Metodologia da Pesquisa e Elaboração de Dissertação**. 3. ed. rev. atual. Florianópolis: Laboratório de Ensino a Distância da UFSC, 2001. 121p.

SILVA JÚNIOR, Aluísio Gomes da; ALVES, Carla Almeida. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. In: MOROSINI, Márcia Valéria G. C.; CORBO, Anamaria D'andrea (Org.). **Modelos de Atenção e a Saúde da Família**. Rio de Janeiro: Epsjv/fiocruz, 2007. p. 27-40. (Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde).

SILVA, Joana Azevedo da.; DALMASO, Ana Silvia Whitaker. **Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002(a).

SILVA, Joana Azevedo da; DALMASO, Ana Silvia Whitaker. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. **Interface: Comunic, Saúde, Educ.**, Botucatu, v. 6, n. 10, p.75-94, 2002(b).

SILVA, Tábata Longo da et al. Capacitação do Agente Comunitário de Saúde na Prevenção do Câncer de Colo Uterino. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Distrito Federal, v. 36, n. 1 (supl. 1), p.155-160, 2012.

SOUSA, Maria Fátima de. **Agentes Comunitários de Saúde: choque de povo**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2003. 162 p.

SOUZA, Lázaro José Rodrigues de; FREITAS, Maria do Carmo S. de. O agente comunitário de saúde: violência e sofrimento no trabalho a céu aberto. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 35, n. 1, p.96-109, jan./mar. 2011.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.

TEIXEIRA, C.F.; PAIM, J.S.; VILASBÔAS, A.L. SUS, Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde. **IESUS**, Vol. II, n. 2, p.7-28, abr/jun, 1998.

WAIDMAN, Maria Angélica Pagliarini; COSTA, Bruna da; PAIANO, Marcelle. Percepções e atuação do Agente Comunitário de Saúde em saúde mental. **Rev Esc Enferm Usp**, Ribeirão Preto, v. 46, n. 5, p.1170-1177, 2012.

**APÊNDICE A****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Esta é uma pesquisa coordenada pela Profa Dra. Maristela Dalbello-Araujo e que será realizada pela mestrandia Michelle Garcia de Alcantara Ribond, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Espírito Santo/ UFES.

Nosso objetivo é analisar o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde que atuam nas equipes de saúde da família no município de Cariacica-ES. Para isso, o sujeito da pesquisa será submetido a sessões de grupo focal, que para sua garantia, serão gravadas e transcritas, a fim de que possamos registrar de forma segura e com confiabilidade, as falas proferidas.

O entrevistado não terá nem um risco em participar do grupo focal, considerando que sua identidade será preservada. Em contra partida, os benefícios serão de auxiliar e contribuir com o avanço da pesquisa científica em nosso país e com a estruturação dessa política em diversos cenários.

Esclarecemos ainda que, o período de realização da pesquisa será de 1 ano, com término previsto para dezembro de 2013. Neste período o participante poderá solicitar, a qualquer momento, esclarecimentos e a retirada de sua participação na pesquisa.

Assim, garantimos que todas as informações individuais serão mantidas em sigilo e que somente serão analisadas as informações como um todo, não havendo prejuízo ao entrevistado. Agradecemos à colaboração.

Eu \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_, autorizo a utilização dos dados coletados nesta entrevista, os quais poderão ser utilizados posteriormente em publicações científicas, referentes à área pesquisada. Estou ciente dos objetivos da pesquisa e dos possíveis encaminhamentos de análise desta.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do voluntário

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador  
Michelle Garcia de Alcantara Ribond  
([michellegarciadealcantara@gmail.com](mailto:michellegarciadealcantara@gmail.com) ou 27 99930863)  
(contato da orientadora: [dalbello.araujo@gmail.com](mailto:dalbello.araujo@gmail.com))

Vitória-ES, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

**ATENÇÃO! Em caso dúvidas sobre os procedimentos éticos que envolvem a sua participação nesta pesquisa ou para informar ocorrências irregulares deste estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa: Av. Marechal Campos, 1468 – Campus de Maruípe da Universidade Federal do Espírito Santo- Vitória/ES Tel: 3335 7211 E-mail: [cep@ccs.ufes.br](mailto:cep@ccs.ufes.br)**

## **APÊNDICE B – Roteiro de observação**

**Itens que serão observados no processo de trabalho do Agente Comunitário de Saúde – ACS são:**

- Quais tarefas estão sendo prescritas para o ACS;
- Como os ACS realizam as tarefas prescritas;
- Quais ferramentas e instrumentos os ACS utilizam para realizar suas atividades;
- Como é a rotina de um dia de trabalho do ACS na comunidade;
- Como é a rotina de trabalho do ACS dentro da ESF;
- Como os ACS se comunicam e se relacionam com a equipe de saúde e com a comunidade;
- Como acontece uma visita domiciliar aos grupos de risco;
- Como realizam o cadastramento das famílias;
- Como os ACS orientam as famílias cadastradas;
- Como os ACS realizam as atividades de promoção da saúde, prevenção de doenças e vigilância à saúde; e
- Como os agentes se portam perante as adversidades ou dificuldades do serviço de saúde.



## **APÊNDICE C – Trabalho Prescrito: prescrições do trabalho do ACS**

### O trabalho dos agentes comunitários de saúde: Leis, decretos e portarias

Ano	Legislação	Prescrição
1997	<p><b>PORTARIA Nº 1.886, DE 18 DE DEZEMBRO DE 1997.</b></p> <p>Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realização do cadastramento das famílias;</li> <li>2. Participação na realização do diagnóstico demográfico e na definição do perfil sócio econômico da comunidade, na descrição do perfil do meio ambiente da área de abrangência, na realização do levantamento das condições de saneamento básico e realização do mapeamento da sua área de abrangência;</li> <li>3. Realização do acompanhamento das micro-áreas de risco;</li> <li>4. Realização da programação das visitas domiciliares, elevando a sua frequência nos domicílios que apresentam situações que requeiram atenção especial;</li> <li>5. Atualização das fichas de cadastramento dos componentes das famílias; execução da vigilância de crianças menores de 01 ano consideradas em situação de risco;</li> <li>6. Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças de 0 a 5 anos;</li> <li>7. Promoção da imunização de rotina às crianças e gestantes, encaminhando-as ao serviço de referência ou criando alternativas de facilitação de acesso;</li> <li>8. Promoção do aleitamento materno exclusivo;</li> <li>9. Monitoramento das diarreias e promoção da reidratação oral;</li> <li>10. Monitoramento das infecções respiratórias agudas, com identificação de sinais de risco e encaminhamento dos casos suspeitos de pneumonia ao serviço de saúde de referência;</li> <li>11. Monitoramento das dermatoses e parasitoses em crianças;</li> <li>12. Orientação dos adolescentes e familiares na prevenção de DST/AIDS, gravidez precoce e uso de drogas;</li> <li>13. Identificação e encaminhamento das gestantes para o serviço de pré-natal na unidade de saúde de referência;</li> <li>14. Realização de visitas domiciliares periódicas para monitoramento das gestantes, priorizando atenção nos aspectos de desenvolvimento da gestação;</li> <li>15. Seguimento do pré-natal; sinais e sintomas de risco na gestação; nutrição;</li> <li>16. Incentivo e preparo para o aleitamento materno; preparo para o parto;</li> <li>17. Atenção e cuidados ao recém nascido; cuidados no puerpério;</li> <li>18. Monitoramento dos recém nascidos e das puérperas;</li> <li>19. Realização de ações educativas para a prevenção do câncer cérvico-uterino e de mama, encaminhando as mulheres em idade fértil para realização dos exames periódicos nas unidades de</li> <li>20. Saúde de referência;</li> <li>21. Realização de ações educativas sobre métodos de planejamento familiar;</li> <li>22. Realização de ações educativas referentes ao climatério;</li> <li>23. Realização de atividades de educação nutricional nas famílias e na comunidade;</li> <li>24. Realização de atividades de educação em saúde bucal na família, com ênfase no grupo infantil;</li> </ol>

		<p>25. Busca ativa das doenças infecto-contagiosas;</p> <p>26. Apoio a inquéritos epidemiológicos ou investigação de surtos ou ocorrência de doenças de notificação compulsória;</p> <p>27. Supervisão dos eventuais componentes da família em tratamento domiciliar e dos pacientes com tuberculose, hanseníase, hipertensão, diabetes e outras doenças crônicas;</p> <p>28. Realização de atividades de prevenção e promoção de saúde do idoso;</p> <p>29. Identificação dos portadores de deficiência psicofísica com orientação aos familiares para o apoio necessário no próprio domicílio;</p> <p>30. Incentivo a comunidade na aceitação e inserção social dos portadores de deficiência psicofísica;</p> <p>31. Orientação às famílias e à comunidade para a prevenção e o controle das doenças endêmicas;</p> <p>32. Realização de ações educativas para preservação do meio ambiente;</p> <p>33. Realização de ações para a sensibilização das famílias e da comunidade para abordagem dos direitos humanos;</p> <p>34. Estimulação da participação comunitária para ações que visem à melhoria da qualidade de vida da comunidade;</p> <p>35. Outras ações e atividades a serem definidas de acordo com prioridades locais.</p> <p><b>Item: 8.6 - É vedado ao ACS desenvolver atividades típicas do serviço interno das unidades básicas de saúde de sua referência.</b></p>
2002	<p><b>PORTARIA Nº 44, DE 03 DE JANEIRO DE 2002</b></p> <p>Define as atribuições do Agente Comunitário de Saúde – ACS – na prevenção e no controle da malária e da dengue.</p>	<p>Art. 2º Estabelecer as seguintes atribuições do ACS na prevenção e controle da malária:</p> <p>Em zona urbana:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Realizar ações de educação em saúde e de mobilização social</li> <li>b) Orientar o uso de medidas de proteção individual e coletiva;</li> <li>c) Mobilizar a comunidade para desenvolver medidas simples de manejo ambiental para o controle de vetores;</li> <li>d) Identificar sintomas da malária e encaminhar o paciente à unidade de saúde para diagnóstico e tratamento;</li> <li>e) Promover o acompanhamento dos pacientes em tratamento, ressaltando a importância de sua conclusão;</li> <li>f) Investigar a existência de casos na comunidade, a partir de sintomático;</li> <li>g) Preencher e encaminhar à Secretaria Municipal de Saúde a ficha de notificação dos casos ocorridos.</li> </ul>

		<p>II. em área rural, além das atribuições relacionadas no item I deste Artigo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Proceder à aplicação de imunotestes, conforme orientação da coordenação municipal do Pacs e PSF;</li> <li>b) Coletar lâminas de sintomáticos e enviá-las para leitura ao profissional responsável e, quando não for possível esta coleta de lâmina, encaminhar as pessoas para a unidade de referência;</li> <li>c) Receber o resultado dos exames e providenciar o acesso ao tratamento imediato e adequado, de acordo com as orientações da Secretaria Municipal de Saúde da Fundação Nacional de Saúde (Funasa);</li> <li>d) Coletar lâmina para verificação de cura – LVC –, após conclusão do tratamento, e encaminhá-la para leitura, de acordo com a estratégia local;</li> </ul> <p>Art. 3º Estabelecer as seguintes atribuições do ACS na prevenção e no controle da dengue:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Atuar junto aos domicílios informando os seus moradores sobre a doença – seus sintomas e riscos – e o agente transmissor;</li> <li>b) Informar o morador sobre a importância da verificação da existência de larvas ou mosquitos transmissores da dengue na casa ou redondezas;</li> <li>c) Vistoriar os cômodos da casa, acompanhado pelo morador, para identificar locais de existência de larvas ou mosquito transmissor da dengue;</li> <li>d) Orientar a população sobre a forma de evitar e eliminar locais que possam oferecer risco para a formação de criadouros do <i>Aedes aegypti</i>;</li> <li>e) Promover reuniões com a comunidade para mobilizá-la para as ações de prevenção e controle da dengue;</li> <li>f) Comunicar ao instrutor supervisor do Pacs/PSF a existência de criadouros de larvas e ou mosquitos transmissor da dengue, que dependam de tratamento químico, da interveniência da vigilância sanitária ou de outras intervenções do poder público;</li> <li>g) Encaminhar os casos suspeitos de dengue à unidade de saúde mais próxima, de acordo com as orientações da Secretaria Municipal de Saúde;</li> </ul>
--	--	---

2006	<p><b>Lei 11.350, de 05 de outubro de 2006</b></p> <p>Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências.</p>	<p>São consideradas atividades do Agente Comunitário de Saúde, na sua área de atuação:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>I. A utilização de instrumentos para diagnóstico demográfico e sócio-cultural da comunidade;</li> <li>II. A promoção de ações de educação para a saúde individual e coletiva;</li> <li>III. O registro, para fins exclusivos de controle e planejamento das ações de saúde, de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde;</li> <li>IV. O estímulo à participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde;</li> <li>V. A realização de visitas domiciliares periódicas para monitoramento de situações de risco à família; e</li> </ul> <p>A participação em ações que fortaleçam os elos entre o setor saúde e outras políticas que promovam a qualidade de vida.</p>
2011	<p><b>PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011.</b></p> <p>Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>I. Trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea;</li> <li>II. Cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados;</li> <li>III. Orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;</li> <li>IV. Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;</li> <li>V. Acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade. As visitas deverão ser programadas em conjunto com a equipe, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade de modo que famílias com maior necessidade sejam visitadas mais vezes, mantendo como referência a média de uma visita/família/mês;</li> <li>VI. Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade;</li> <li>VII. Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, por exemplo, combate à dengue, malária, leishmaniose, entre outras, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito das situações de risco; e</li> <li>VIII. Estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde, à prevenção das doenças e ao acompanhamento das pessoas com problemas de saúde, bem como ao acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa-Família ou de qualquer outro programa similar de transferência de renda e enfrentamento de vulnerabilidades implantado pelo governo federal, estadual e municipal, de acordo com o planejamento da equipe.</li> </ul>

		É permitido ao ACS desenvolver outras atividades nas Unidades Básicas de Saúde, desde que vinculadas às atribuições acima.
--	--	--

### As prescrições do trabalho do agente comunitário de saúde: Manuais; notas técnicas e material educativo (1997-2012)

Ano	Fonte	Prescrição
1997	Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. <b>Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial.</b> Brasília. Ministério da Saúde, 1997. 36p.	<p>O ACS desenvolverá suas ações nos domicílios de sua área de responsabilidade e junto à unidade para programação e supervisão de suas atividades. Suas atribuições básicas são:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar mapeamento de sua área de atuação;</li> <li>• Cadastrar e atualizar as famílias de sua área;</li> <li>• Identificar indivíduos e famílias expostos a situações de risco;</li> <li>• Realizar, através de visita domiciliar, acompanhamento mensal de todas as famílias sob sua responsabilidade;</li> <li>• Coletar dados para análise da situação das famílias acompanhadas;</li> <li>• Desenvolver ações básicas de saúde nas áreas de atenção à criança, à mulher, ao adolescente, ao trabalhador e ao idoso, com ênfase na promoção da saúde e prevenção de doenças;</li> <li>• Promover educação em saúde e mobilização comunitária, visando uma melhor qualidade de vida mediante ações de saneamento e melhorias do meio ambiente;</li> <li>• Incentivar a formação dos conselhos locais de saúde;</li> <li>• Orientar as famílias para a utilização adequada dos serviços de saúde;</li> <li>• Informar os demais membros da equipe de saúde acerca da dinâmica social da comunidade, suas disponibilidades e necessidades;</li> <li>• Participação no processo de programação e planejamento local das ações relativas ao território de abrangência da unidade de Saúde da Família, com vistas à superação dos problemas identificados;</li> </ul>
N/I	Brasil. Ministério da Saúde; Fundação Nacional de Saúde (Brasil). Programa Nacional de Imunizações. <b>O Agente Comunitário de Saúde - ACS e sua contribuição para o Programa Nacional de Imunizações - PNI.</b> (Folder)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar quantas e quais são as crianças não vacinadas ou com vacinas atrasadas na sua área de trabalho;</li> <li>• Orientar as famílias sobre as vacinas, as doenças que elas evitam número de doses e idade certa para vacinar;</li> <li>• Mobilizar as mães a procurar os serviços de saúde, informando-as os dias e os horários do funcionamento da sala de vacinação;</li> <li>• Ensinar as mães a acompanhar a situação de seus filhos através do cartão da criança, divulgar o cartão mostrando a importância e orientando as mães a levá-lo sempre que forem ao serviço de saúde;</li> <li>• Reunir as famílias da comunidade, para discutir a situação de vacina das crianças e o funcionamento dos serviços de saúde;</li> <li>• Encaminhar ao serviço de saúde todas as pessoas que nunca foram vacinadas ou que estão com o esquema de vacina incompleto;</li> <li>• Apresentar ao serviço de saúde a situação de vacinação da sua área, discutindo com seu</li> </ul>

		instrutor/supervisor idéias para aumentar a cobertura da vacina da sua área.
<b>1998</b>	Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. <b>Prevenção e Controle das DST/HIV na Comunidade: Manual do Agente Comunitário de Saúde</b> / Coordenação Nacional de DST e AIDS. - Brasília: Ministério da Saúde, 1998. 80p	Orientar e aconselhar as famílias sobre a verdadeira dimensão da epidemia de AIDS e as suas consequências, desmistificando a doença e ensinando as pessoas a cuidarem e preservarem a sua saúde, como também a identificar as verdadeiras situações que as colocariam em risco de contrair o vírus; e, em caso de necessidade, aptos a encaminhar os indivíduos para um atendimento mais especializado nos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) e outros serviços da rede pública de saúde. Sempre respeitando os princípios e valores sociais e culturais do cidadão, entre eles o uso da linguagem correta e acessível no oferecimento de uma informação objetiva, clara e honesta; em resumo, educativa e eficaz.
<b>2001</b>	Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS <b>Aprendendo sobre AIDS e doenças sexualmente transmissíveis: livro da família</b> / Ministério da Saúde, Coordenação Nacional de DST e AIDS. – 3. <sup>a</sup> edição. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 84p.	Os ACS atuam junto às famílias, orientando-as sobre a melhor maneira de cuidar da sua saúde e auxiliando-as a identificar as causas das doenças que as afligem. No combate à epidemia da AIDS, certamente, os ACS constituirão um grupo valoroso e dedicado de jovens treinados para informar e educar a população dos seus municípios sobre as principais noções de higiene e saúde a serem seguidas. Entre elas, as formas mais adequadas de prevenção e assistência às doenças, como é das DST e do HIV/AIDS, e oferecendo a devida orientação para a prática do sexo seguro. Sempre respeitando as tradições sociais e culturais de cada indivíduo, da sua família e da comunidade em que ele vive; e, quando necessário, encaminhando-o para um centro de saúde com enfermeiros, médicos e outros profissionais de saúde, especialmente treinados para o seu melhor atendimento ao público.
<b>2002</b>	Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. <b>Manual técnico para o controle da tuberculose: cadernos de atenção básica</b> / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde Departamento de Atenção Básica. – 6. ed. rev. e atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar os sintomáticos respiratórios nos domicílios e na comunidade.</li> <li>• Orientar e encaminhar os comunicantes à UBS para consulta, diagnóstico e tratamento, quando necessário.</li> <li>• Encaminhar ou comunicar o caso suspeito à equipe.</li> <li>• Orientar a coleta e o encaminhamento do escarro dos sintomáticos respiratórios.</li> <li>• Supervisionar a tomada diária da medicação específica, quando indicado, e o comparecimento do doente às consultas agendadas.</li> <li>• Fazer visita domiciliar de acordo com a programação da equipe, usando a ficha do SIAB (B-TB).</li> <li>• Verificar, no Cartão da Criança, a sua situação vacinal: se faltoso, encaminhar à UBS ou ao centro de saúde para ser vacinado.</li> <li>• Verificar a presença de cicatriz da vacina BCG no braço direito da criança. Caso não exista e não haja qualquer comprovante no Cartão, encaminhar a criança para vacinação.</li> <li>• Agendar consulta extra, quando necessário.</li> <li>• Realizar ações educativas junto à comunidade.</li> </ul>



		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participar, com a equipe, do planejamento de ações para o controle da tuberculose na comunidade.</li> <li>• Manter a ficha do SIAB (B-TB) atualizada (Anexo VI)</li> </ul>
2002	<p>Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Fundação Nacional de Saúde. <b>Ações de controle de endemias: malária: manual para agentes comunitários de saúde e agentes de controle de endemias.</b> Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 104p.</p>	<p><b>Em área urbana:</b></p> <p>a) Na prevenção da malária e na promoção das condições ambientais</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar ações de promoção da saúde e mobilização social;</li> <li>• Mobilizar a comunidade para promover medidas simples de manejo ambiental, com o objetivo de fazer o controle de vetores;</li> <li>• Orientar as pessoas para o uso de proteção individual e familiar na prevenção da malária;</li> </ul> <p>b) Na identificação, no encaminhamento, na orientação e no acompanhamento</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar sinais e sintomas de malária e encaminhar o suspeito para a US, para diagnóstico e tratamento. Quando identificar um caso de malária, investigar a existência de outros casos e encaminhar para a US;</li> <li>• Acompanhar os pacientes em tratamento;</li> <li>• Orientar o paciente sobre a necessidade de concluir o tratamento;</li> </ul> <p>c) Na notificação</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• preencher e encaminhar ao setor competente ficha de notificação, conforme a estratégia local.</li> </ul> <p>d) No planejamento e na avaliação</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Participar das reuniões de planejamento e avaliação dos resultados das ações de controle da malária de seu município.</li> </ul> <p><b>Em área rural:</b></p> <p>a) Na prevenção da malária e na promoção das condições ambientais</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar ações de promoção da saúde e mobilização social;</li> <li>• Mobilizar a comunidade para promover medidas simples de manejo ambiental, com o objetivo de fazer o controle de vetores;</li> <li>• Orientar as pessoas para o uso de proteção individual e familiar na prevenção da malária;</li> </ul> <p>b) Na identificação, no encaminhamento, na orientação e no acompanhamento</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar sinais e sintomas da malária;</li> <li>• Realizar o diagnóstico por meio de imunotestes, conforme orientação do supervisor. Quando não for possível a realização do imunoteste, encaminhar a pessoa suspeita de malária para a Unidade de Saúde mais próxima.</li> <li>• Colher lâminas com pessoas suspeitas de malária e encaminhá-las para leitura conforme estratégia local. Quando não for possível a realização da coleta de lâmina, encaminhar a pessoa suspeita de</li> </ul>

		<p>malária para a US de referência.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Receber o resultado e realizar o tratamento imediato e adequado conforme tabelas de tratamento.</li> <li>• Receber o resultado e instituir o tratamento conforme tabelas de tratamento.</li> <li>• Orientar o paciente sobre a necessidade de concluir o tratamento.</li> <li>• Acompanhar os pacientes em tratamento.</li> <li>• Coletar Lamina para Verificação de Cura (LVC) e encaminhá-la para leitura conforme estratégia local.</li> <li>• Receber o resultado da Lamina de Verificação de Cura (LVC) e se for positiva repetir o tratamento.</li> </ul> <p>c) Na notificação</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Preencher e encaminhar ao setor competente a ficha de notificação, conforme a estratégia local.</li> </ul> <p>d) No planejamento e na avaliação</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Participar das reuniões de planejamento e avaliação dos resultados das ações de controle da malária de seu município.</li> </ul>
2006	<p>Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Vigilância Epidemiológica. <b>Ações de controle da malária: manual para profissionais de saúde na atenção básica</b> / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 52 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)</p>	<p>Agentes Comunitários de Saúde (ACS) – Portaria n.º 44, de 3 de janeiro de 2002 Art. 2.º Estabelecer as seguintes atribuições do ACS na prevenção e controle da malária:</p> <p><b>I- Em Zona Urbana:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Realizar ações de educação em saúde e de mobilização social;</li> <li>b) Orientar o uso de medidas de proteção individual e coletiva;</li> <li>c) Mobilizar a comunidade para desenvolver medidas simples de manejo ambiental para o controle de vetores;</li> <li>d) Identificar sintomas da malária e encaminhar o paciente à unidade de saúde para diagnóstico e tratamento;</li> <li>e) Promover o acompanhamento dos pacientes em tratamento, ressaltando a importância de sua conclusão;</li> <li>f) Investigar a existência de casos na comunidade, a partir de sintomáticos;</li> <li>g) Preencher e encaminhar à Secretaria Municipal de Saúde a ficha de notificação dos casos ocorridos.</li> </ol> <p><b>II- Em Área Rural:</b> Além das atribuições relacionadas no item I deste artigo:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Proceder à aplicação de imunotestes, conforme orientação da Coordenação Municipal do PACS e PSF;</li> <li>b) Coletar lâminas de sintomáticos e enviá-las para leitura ao profissional responsável e, quando não for possível esta coleta de lâmina, encaminhar as pessoas para a unidade de referência;</li> <li>c) Receber o resultado dos exames e providenciar o acesso ao tratamento imediato e adequado, de acordo com as orientações da Secretaria Municipal de Saúde;</li> </ol>

		d) Solicitar o retorno do paciente para a coleta de LVC de acordo as normas do programa (anexo II).
<b>2006</b>	Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. <b>Controle dos cânceres do colo do útero e da mama</b> / Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Conhecer a importância da realização da coleta de exame preventivo como estratégia segura e eficiente para detecção precoce do câncer do colo do útero na população feminina de sua micro área;</li> <li>b) Conhecer as recomendações para detecção precoce do câncer de mama na população feminina de sua micro área;</li> <li>c) Realizar busca ativa para rastreamento de mulheres de seu micro área para detecção precoce dos cânceres do colo do útero e da mama;</li> <li>d) Buscar a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à unidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito de mulheres em situação de risco;</li> <li>e) Estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas relativas ao controle dos cânceres do colo do útero e da mama, de acordo com o planejamento da equipe;</li> <li>f) Realizar o seguimento das mulheres que apresentam resultado do exame preventivo alterado, amostras insatisfatórias e sem anormalidades para o acompanhamento periódico.</li> </ul>
<b>2006</b>	Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. <b>Diabetes Mellitus</b> / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 64 p. il	<ul style="list-style-type: none"> <li>1) Esclarecer a comunidade, por meio, de ações individuais e/ou coletivas, sobre os fatores de risco para diabetes e as doenças cardiovasculares, orientando-a sobre as medidas de prevenção.</li> <li>2) Orientar a comunidade sobre a importância das mudanças nos hábitos de vida, ligadas à alimentação e à prática de atividade física rotineira.</li> <li>3) Identificar, na população adscrita, a partir dos fatores de risco descritos acima, membros da comunidade com maior risco para diabetes tipo 2, orientando-os a procurar a unidade de saúde para definição do risco pelo enfermeiro e/ou médico</li> <li>4) Registrar, em sua ficha de acompanhamento, o diagnóstico de diabetes de cada membro da família.</li> <li>5) Encorajar uma relação paciente-equipe colaborativa, com participação ativa do paciente e, dentro desse contexto, ajudar o paciente seguir as orientações alimentares, de atividade física e de não fumar, bem como de tomar os medicamentos de maneira regular.</li> <li>6) Estimular que os pacientes se organizem em grupos de ajuda mútua, como, por exemplo, grupos de caminhada, trocas de receitas, técnicas de auto-cuidado, entre outros.</li> <li>7) Questionar a presença de sintomas de elevação e/ou queda do açúcar no sangue aos pacientes com diabetes identificado, e encaminhar para consulta extra.</li> <li>8) Verificar o comparecimento dos pacientes com diabetes às consultas agendadas na unidade de saúde (busca ativa de faltosos).</li> </ul>

2006	<p>Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. <b>Manual de anemia falciforme para agentes comunitários de saúde</b> / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006. 16p</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Checar calendário vacinal;</li> <li>• Checar alimentação;</li> <li>• Checar higiene oral;</li> <li>• Checar uso de ácido fólico;</li> <li>• Checar uso de penicilina profilática em menores de 5 anos e esplenectomizados (teve o baço retirado);</li> <li>• Checar frequência escolar;</li> <li>• Gestantes com suspeita de doença falciforme devem ser encaminhadas à Unidade de Saúde para confirmação ou não do diagnóstico e aquelas com doença falciforme deverão fazer o pré-natal na Unidade de Referência;</li> <li>• Checar com os pais das crianças menores de 5 anos se estão orientados com relação ao tamanho do baço de seus filhos.</li> </ul>
2006	<p>Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. <b>O trabalho dos agentes comunitários de saúde na promoção do uso correto de medicamentos</b> / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. – 2. ed. rev. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006. 72 p</p>	<p>Cada membro da equipe de saúde é responsável pela promoção do uso racional de medicamentos. Não cabe a você, Agente Comunitário de Saúde, prescrever ou indicar medicamentos, mas contribuir para seu uso correto.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nas visitas domiciliares, você pode orientar o paciente sobre as seguintes questões:</li> <li>• Informar ao médico sobre a utilização das plantas medicinais.</li> <li>• Utilizar apenas plantas conhecidas.</li> <li>• Olhar bem o estado das plantas, evitando as murchas, mofadas ou velhas.</li> <li>• Não colher plantas na beira de lagoas, rios, estradas e lugares poluídos.</li> <li>• Evitar o uso contínuo ou uso abusivo de chás caseiros.</li> <li>• Orientar as gestantes a não ingerir chás sem consentimento médico.</li> <li>• Alertar a comunidade: medicamentos sem registro no Ministério da Saúde são perigosos e não devem ser consumidos. Quando encontrados, devem ser levados ao serviço local de vigilância sanitária.</li> <li>• Oriente a comunidade sobre o perigo de utilizar um medicamento vencido. Ao visitar as famílias de sua microárea, verifique sempre o prazo de validade dos medicamentos. Quando você, agente de saúde, encontrar medicamentos vencidos, recolha-os e entregue na farmácia de sua unidade.</li> <li>• Por isso, é importante que você esteja atento quanto ao cumprimento dos tratamentos pelos usuários. As pessoas que fazem uso prolongado de medicamentos merecem sua atenção constante, como na tuberculose, hanseníase, diabetes e hipertensão.</li> <li>• Você pode auxiliar as pessoas, verificando como elas tomam seus medicamentos.</li> </ul>

2006	<p>Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. <b>Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde</b> / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 58 p. – (Cadernos de Atenção Básica; 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Esclarecer a comunidade sobre os fatores de risco para as doenças cardiovasculares, orientando-a sobre as medidas de prevenção.</li> <li>2. Rastrear a hipertensão arterial em indivíduos com mais de 20 anos, pelo menos, uma vez ao ano, mesmo naqueles sem queixa.</li> <li>3. Encaminhar à consulta de enfermagem os indivíduos rastreados como suspeitos de serem portadores de hipertensão.</li> <li>4. Verificar o comparecimento dos pacientes hipertensos às consultas agendadas na unidade de saúde.</li> <li>5. Verificar a presença de sintomas de doença cardiovascular, cerebrovascular ou outras complicações de hipertensão arterial, e encaminhar para consulta extra.</li> <li>6. Perguntar, sempre, ao paciente hipertenso se o mesmo está tomando, com regularidade, os medicamentos e se está cumprindo as orientações de dieta, atividades físicas, controle de peso, cessação do hábito de fumar e da ingestão de bebidas alcoólicas.</li> <li>7. Registrar, em sua ficha de acompanhamento, o diagnóstico de hipertensão e risco cardiovascular global estimado de cada membro da família.</li> </ol>
2006	<p>Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. <b>Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais</b> / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 56 p. - (Cadernos de Atenção Básica; 14) (Série A. Normas e Manuais Técnicos)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Esclarecer a comunidade sobre os fatores de risco para as doenças cardiovasculares, orientando-a sobre as medidas de prevenção.</li> <li>2) Identificar, na população em geral pessoas com fatores de risco para doença cardiovascular, ou seja: idade igual ou superior a 40 anos, vida sedentária, obesidade, hipertensão, colesterol elevado, mulheres que tiveram filhos com mais de 4 quilos ao nascer e pessoas que têm ou tiveram pais, irmãos e/ou outros parentes diretos com doença cardiovascular, doença renal ou diabetes.</li> <li>3) Encaminhar à consulta de enfermagem os indivíduos rastreados como suspeitos de serem de risco para doença cardiovascular.</li> <li>4) Encaminhar à unidade de saúde, para avaliação clínica adicional e exame laboratoriais, as pessoas com fatores de risco para doença cardiovascular, renal ou diabetes (Quadro 2).</li> <li>5) Verificar o comparecimento desses indivíduos às consultas agendadas na unidade de saúde, retorno para resultado de exames e acompanhamento periódico.</li> <li>6) Perguntar, se o indivíduo esta seguindo as orientações de dieta, atividades físicas, controle de peso, cessação do hábito de fumar e da ingestão de bebidas alcoólicas, e naqueles hipertensos e ou diabéticos se está aderindo à terapia prescrita.</li> <li>7) Registrar, em sua ficha de acompanhamento, o diagnóstico de doenças cardiovasculares ou fatores de risco importantes, como tabagismo, obesidade, hipertensão, diabetes de cada membro da família.</li> </ol>

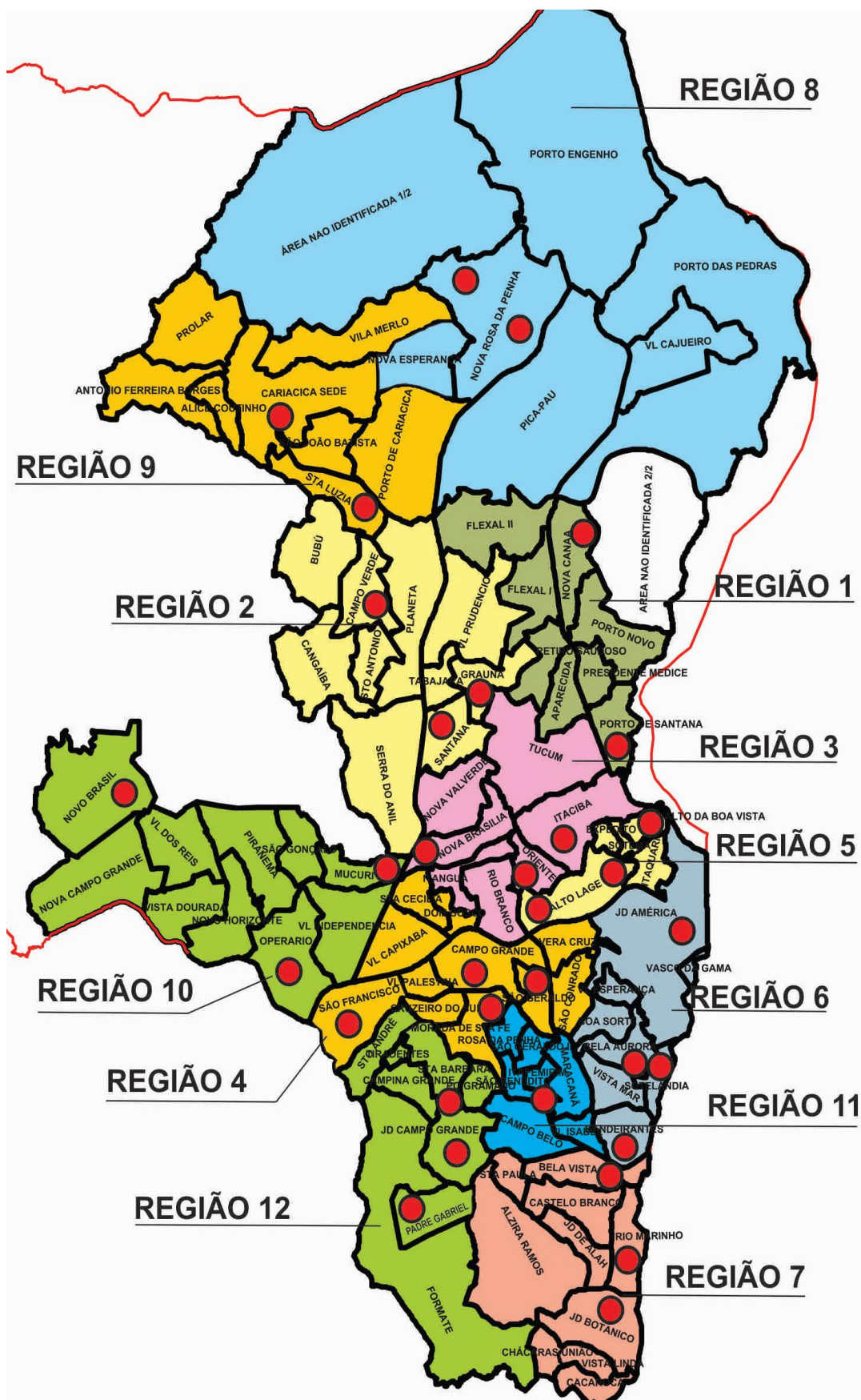
2006	<p>Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.</p> <p><b>Obesidade</b> / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 108 p</p>	<p>Estimular a participação comunitária para ações que visem à melhoria da qualidade de vida da comunidade, realizar ações de promoção à saúde, orientação de alimentação saudável e prevenção de excesso de peso, por meio de visitas domiciliares e ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, sob supervisão e acompanhamento do enfermeiro instrutor-supervisor lotado na Unidade Básica de Saúde de sua referência; identificar crianças e famílias em situação de risco; identificar fatores de risco do estado nutricional da família e no domicílio; realizar aferição de peso e altura nas visitas domiciliares; identificar estratégias para a melhoria do estado nutricional na comunidade e nas famílias; participar e coordenar atividades de educação permanente no âmbito da saúde e nutrição, sob forma de co-participação, acompanhamento supervisionado, discussão de caso e demais metodologias da aprendizagem em serviço, e participar das reuniões de equipe de planejamento e avaliação.</p>
2007	<p>Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.</p> <p><b>Envelhecimento e saúde da pessoa idosa</b> / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2007. 192 p</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Cadastrar todas as pessoas idosas de sua micro-área e manter o cadastro atualizado.</li> <li>Preencher, entregar e atualizar a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, conforme seu Manual de Preenchimento específico</li> <li>Identificar e encaminhar o idoso frágil à Unidade de Saúde.</li> <li>Realizar visitas domiciliares às pessoas idosas conforme planejamento assistencial, dando prioridade às frágeis ou em processo de fragilização.</li> <li>Buscar a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à Unidade, mantendo a equipe informada, principalmente, a respeito dos idosos frágeis.</li> <li>Estar em contato permanente com as famílias.</li> <li>Avaliar condições de risco de quedas observáveis no domicílio.</li> </ol>
2008	<p>Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.</p> <p>Vigilância em Saúde: <b>Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose</b> / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - 2. ed. rev. - Brasília : Ministério da Saúde, 2008. 197 p</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Identificar sinais e sintomas dos agravos/doenças e encaminhar os casos suspeitos para a Unidade de Saúde;</li> <li>Acompanhar os usuários em tratamento e orientá-lo quanto à necessidade de sua conclusão;</li> <li>Desenvolver ações educativas e de mobilização da comunidade relativas ao controle das doenças/agravos, em sua área de abrangência;</li> <li>Orientar a comunidade quanto ao uso de medidas de proteção individual e familiar para a prevenção de doença;</li> <li>Mobilizar a comunidade para desenvolver medidas simples de manejo ambiental para o controle de vetores;</li> <li>Planejar/programar as ações de controle das doenças/agravos em conjunto ao ACE e equipe da Atenção Básica/Saúde da Família.</li> </ul>
2009	<p>Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. <b>O agente comunitário de saúde no</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Encaminhar os casos suspeitos de dengue à Unidade Básica de Saúde, de acordo com as orientações da Secretaria Municipal de Saúde.</li> <li>Atuar junto aos domicílios, informando aos seus moradores sobre a doença – seus sintomas e riscos – e o agente transmissor e medidas de prevenção;</li> </ol>

	<p><b>controle da dengue</b> / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 36 p</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Informar o morador sobre a importância da verificação da existência de larvas ou mosquitos transmissores da dengue no domicílio e peridomicílio, chamando a atenção para os criadouros mais comuns na sua área de atuação;</li> <li>4. Vistoriar o domicílio e peridomicílio, acompanhado pelo morador, para identificar locais de existência de objetos que sejam ou possam se transformar em criadouros de mosquito transmissor da dengue;</li> <li>5. Orientar e acompanhar o morador na remoção, destruição ou vedação de objetos que possam se transformar em criadouros de mosquitos;</li> <li>6. Caso seja necessário, remover mecanicamente os ovos e larvas do mosquito;</li> <li>7. Encaminhar ao Agente de Controle de Endemias (ACE) os casos de verificação de criadouros de difícil acesso ou que necessitem do uso de larvicidas/biolarvicidas;</li> <li>8. Promover reuniões com a comunidade com o objetivo de mobilizá-la para as ações de prevenção e controle da dengue, bem como conscientizar quanto à importância de que todos os domicílios em uma área infestada pelo <i>Aedes aegypti</i> sejam trabalhadas pelo Agente de Controle de Endemias;</li> <li>9. Comunicar ao enfermeiro supervisor e ao ACE a existência de criadouros de larvas e ou do mosquito transmissor da dengue, que dependam de tratamento químico/biológico, da interveniência da vigilância sanitária ou de outras intervenções do poder público;</li> <li>10. Comunicar ao enfermeiro supervisor do ACS e ao ACE os imóveis fechados e recusas;</li> <li>11. Notificar os casos suspeitos de dengue, em ficha específica e informar a equipe da Unidade Básica de Saúde;</li> <li>12. Reunir-se regularmente com o ACE para planejar ações conjuntas, trocar informações sobre febris suspeitos de dengue, a evolução dos índices de infestação por <i>Aedes aegypti</i> da área de abrangência, os índices de pendências, os criadouros preferenciais e as medidas que estão sendo, ou serão adotadas para melhorar a situação.</li> </ol>
<b>2009</b>	<p>Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. <b>Guia prático do agente comunitário de saúde</b> / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 260 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)</p>	<p>Este manual orienta as ações do ACS de acordo com os seguintes tópicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Registro civil de nascimento e documentação básica;</li> <li>• Saúde da Criança;</li> <li>• Saúde do Adolescente;</li> <li>• Saúde do Adulto;</li> <li>• Saúde Mental;</li> <li>• Atenção à pessoa com deficiência;</li> <li>• Orientações para família com pessoas acamadas;</li> <li>• Violência familiar;</li> <li>• Doenças transmitidas por vetores: mosquitos, insetos, moluscos e outros;</li> </ul>
<b>2009</b>	<p>Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.</p>	<p>Este livro é um material educativo que ensina aos ACS a organizar seu processo de trabalho na Atenção Primária. Ele foca que o ACS deve saber realizar as seguintes atividades:</p>

	Departamento de Atenção Básica. <b>O trabalho do agente comunitário de saúde</b> / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 84 p. : il. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cadastramento das famílias;</li> <li>• Mapeamento da área de atuação;</li> <li>• Visita domiciliar;</li> <li>• Trabalhar educação em saúde na comunidade;</li> <li>• Promover a participação da comunidade;</li> <li>• Participação intersetorial e</li> <li>• Usar as ferramentas de trabalho (ficha de cadastramento – Ficha A; Cadastramento e acompanhamento da Ficha B: Hipertensão Arterial, Diabetes, Gestante, Tuberculose e Hanseníase; Ficha C: cópia das informações pertinentes da Caderneta da Criança e Ficha D: registro de atividades, procedimentos e notificações).</li> </ul>
<b>2009</b>	Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. <b>Saúde na escola</b> / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 96 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos de Atenção Básica ; n. 24)	<p>Agente comunitário de saúde:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estimular a participação e sensibilizar a comunidade para as ações de saúde escolar;</li> <li>• Participar das ações de promoção de saúde, orientação de alimentação saudável e prevenção do excesso de peso, em conjunto com os demais profissionais da equipe;</li> <li>• Identificar, com os auxiliares de enfermagem (ACS), famílias dos alunos em risco nutricional;</li> <li>• Contribuir para a identificação de estratégias para melhoria do estado nutricional nas escolas e nas famílias dos alunos; participar das atividades de educação permanente no âmbito da saúde e nutrição, sob a forma da co-participação, acompanhamento supervisionado, discussão de caso e demais metodologias da aprendizagem em serviço; e</li> <li>• Participar das reuniões de equipe de planejamento e avaliação.</li> </ul>
<b>2010</b>	Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. <b>Tuberculose: informações para agentes comunitários de saúde.</b> Brasília: Ministério da Saúde, 2000. . 27 p. ilus (folheto)	<p>Instrumento orientador ao desenvolvimento das ações básicas de controle da tuberculose:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar casos suspeitos de tuberculose;</li> <li>• Encaminhar a unidade de saúde às pessoas com suspeita de tuberculose e também aqueles que mantêm contato direto e permanente, na família e na comunidade, com o paciente (contactante);</li> <li>• Acompanhar, durante as visitas domiciliares, se todas essas pessoas estão seguindo as orientações dadas pela equipe de saúde;</li> <li>• Orientar a família e a comunidade nas visitas domiciliares e nas reuniões;</li> <li>• Acompanhar o paciente em tratamento (tratamento supervisionado ou tratamento diretamente observado – DOTS ou TDO);</li> <li>• Identificar parceiros na comunidade;</li> <li>• Organizar reuniões com os membros da comunidade e lideranças, para discutir questões de saúde incluindo o problema da tuberculose.</li> </ul>



2010	<p>Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. <b>Doenças respiratórias crônicas</b> / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010. 160 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 25)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar busca ativa de pessoas com sintomas sugestivos de asma ou outra DRC e que nunca foram avaliadas pela equipe.</li> <li>• Buscar a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à unidade, mantendo a equipe informada sobre a evolução dos casos.</li> <li>• Estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas relativas ao controle da asma e da rinite, de acordo com o planejamento da equipe.</li> <li>• Identificar sinais de gravidade e proceder conforme rotina estabelecida pela equipe para aqueles pacientes que já realizam acompanhamento.</li> <li>• Acompanhar o médico e/ou enfermeiro durante as visitas domiciliares.</li> </ul>
2012	<p>Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. <b>Atenção ao pré-natal de baixo risco</b> / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília. Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318 p</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação;</li> <li>• Realizar visitas domiciliares para a identificação das gestantes e para desenvolver atividades de educação em saúde tanto para as gestantes como para seus familiares, orientando-os sobre os cuidados básicos de saúde e nutrição, cuidados de higiene e sanitários;</li> <li>• Encaminhar toda gestante ao serviço de saúde, buscando promover sua captação precoce para a primeira consulta, e monitorar as consultas subseqüentes;</li> <li>• Conferir o cadastramento das gestantes no SisPreNatal, assim como as informações preenchidas no Cartão da Gestante;</li> <li>• Acompanhar as gestantes que não estão realizando o pré-natal na unidade básica de saúde local, mantendo a equipe informada sobre o andamento do pré-natal realizado em outro serviço;</li> <li>• Orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas e realizar a busca ativa das gestantes faltosas;</li> <li>• Informar o (a) enfermeiro (a) ou o (a) médico (a) de sua equipe, caso a gestante apresente algum dos sinais de alarme: febre, calafrios, corrimento com mau cheiro, perda de sangue, palidez, contrações uterinas freqüentes, ausência de movimentos fetais, mamas endurecidas, vermelhas e quentes e dor ao urinar.</li> <li>• Identificar situações de risco e vulnerabilidade e encaminhar a gestante para consulta de enfermagem ou médica, quando necessário;</li> <li>• Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, acompanhar o processo de aleitamento, orientar a mulher e seu companheiro sobre o planejamento familiar.</li> </ul>



**ANEXO B**

**PREFEITURA MUNICIPAL DE CARIACICA**  
**ESTADO DO ESPÍRITO SANTO**  
*Secretaria Municipal de Saúde Gabinete*

Cariacica-ES, 10 de Outubro 2012.

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA**

Aprovamos e autorizamos a realização do projeto de pesquisa de mestrado da aluna Michelle Garcia de Alcântara Ribond, intitulado: **O Processo de Trabalho do Agente Comunitário de Saúde: dilemas entre o trabalho prescrito e o real**, sob a orientação da Professora Dra. Maristela Dalbello de Araújo, para fins acadêmicos junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo.

Informamos ainda que esta autorização está condicionada à realização da pesquisa conforme princípios de ética e responsabilidade, bem como a entrega de exemplar da dissertação para esta secretaria de saúde.

Atenciosamente,

  
**Alessandro de Mello Gomes**  
Secretário Municipal de Saúde

Av. Brasil, 38 – Jardim America \_ Cariacica – ES  
Cep: 29140490 - Tel: (27) 3346-6503  
Correio Eletrônico: [semus@cariacica.es.gov.br](mailto:semus@cariacica.es.gov.br)

## ANEXO C

CENTRO DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE/UFES

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** O PROCESSO DE TRABALHO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE:  
dilemas entre o trabalho prescrito e o trabalho real

**Pesquisador:** Michelle Garcia de Alcântara Ribond

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 09777112.3.0000.5060

**Instituição Proponente:** Centro de Ciências da Saúde ((CCS-UFES))

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 179.146

**Data da Relatoria:** 19/12/2012

**Apresentação do Projeto:**

Este projeto de pesquisa tem como temática de estudo o processo de trabalho do agente comunitário de saúde (ACS) do município de Cariacica - ES.

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, tendo como sujeitos da pesquisa os profissionais de saúde lotados em duas equipes de

ESF que será determinada posteriormente pela Secretaria de Saúde do Município, totalizando 12 participantes. Os dados serão coletados em três etapas.

Na primeira etapa, será realizada uma entrevista com os profissionais da ESF, de acordo com roteiro (Apêndice B) no qual se busca conhecer as

atividades que são prescritas para o ACS. Na segunda etapa, a pesquisadora irá realizar a observação passiva do trabalho do ACS, acompanhando-os

por um determinado período sua rotina de atividades realizadas na ESF. E por fim a terceira etapa que será realizada através de um grupo focal.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

Endereço: Av. Marechal Campos 1468

Bairro: S/N

UF: ES

Município: VITORIA

Telefone: (27)3335-7211

CEP: 29.040-091

E-mail: cep.ufes@hotmail.com ; cep@ccs.ufes.br

CENTRO DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE/UFES



Analisar o processo de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde de uma equipe de Saúde da Família do município de Cariacica - ES.

**Objetivo Secundário:**

Descrever o processo de trabalho realizado pelo ACS; Decompor as atividades do processo de trabalho realizadas pelo ACS; Analisar o trabalho prescrito do ACS; Analisar o trabalho real realizado pelo ACS;

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Adequado

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisadora respondeu a todas as pendências anteriores

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Adequado

**Recomendações:**

Ajustar o início da pesquisa no cronograma de acordo com a data de aprovação do CEP.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Adequado

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Os membros do CEP aprovaram o parecer do relator.

VITORIA, 20 de Dezembro de 2012

---

**Assinador por:**  
**Adauto Emmerich Oliveira**  
**(Coordenador)**

Endereço: Av. Marechal Campos 1468

Bairro: S/N

UF: ES

Município: VITORIA

Telefone: (27)3335-7211

CEP: 29.040-091

E-mail: cep.ufes@hotmail.com ; cep@ccs.ufes.br